

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N^o 395

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Claude BAUER

Né le 3 octobre 1910, à Saint-Dié (Vosges).

Les difficultés qui se présentent
lorsque l'on veut diminuer
la durée du séjour des malades
dans les hôpitaux parisiens

Président : M. F. BESANÇON, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1937

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Claude BAUER

Né le 3 octobre 1910, à Saint-Dié (Vosges).

Les difficultés qui se présentent
lorsque l'on veut diminuer
la durée du séjour des malades
dans les hôpitaux parisiens

Président : M. F. BESANÇON, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

—
1937

I. — PROFESSEURS

Physiologie	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	L'AIKNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FISSINGER.
	Maurice VILLARET.
	LOEPEK.
	CARNOT.
Clinique médicale	CLERC.
	Marcel LABBE.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique	MARION.
Clinique urologique	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGEANT.
Clinique propédeutique	BEZANÇON.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LAUBRY.
Clinique cardiologie	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AEMLINE Pathologie chirurgicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale.
BARIETY Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BEZANÇON (Justin) Hydrologie.	GAYET Physiologie.
BOULIN Pathologie médicale.	DE GENNES Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU Pathologie médicale.
CHEVALLIER Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
COSTE Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.
DOGNON Physique.	HUGUENIN Anatomie pathologique.
FEY Urologie.	JOANNON Hygiène.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOUL.. Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LELONG Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ... Pathologie médicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.

MM.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RENARD Ophtalmologie.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
TROISIÉRE Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.
GUÉNIOT Obstétrique.
LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.

MM.
LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
PHILIBERT ... Bactériologie.
VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-VAL-
LERY-RADOT.
SÉZARY.
 } Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCO.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
MOURE.
QUENU.
SCHWARTZ.
VELTER.

MM.
ECALLE.
LE LORIER.
LEVY-SOLAL.
METZGER.
 } Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé.
LEDoux-LEBARD
PHILIBERT, agrégé
RUPPE
WEIL-HALLÉ

Education physique.
 Radiologie clinique.
 Microbiologie.
 Stomatologie.
 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE ET A MON PERE

Hommage de piété filiale.

A MON FRERE

A MA SŒUR

A TOUS MES CAMARADES

*Qui m'ont été d'un si grand secours
dans la vie.*

A TOUS MES PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BESANÇON

*En remerciement du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant de pré-
sider cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ETIENNE MAY

Médecin de l'Hôpital Tenon.

*Pour son enseignement qui nous a
été si précieux, pour l'aide si utile
qu'il nous a apporté dans la mise au
point de ce travail, inspiré par lui.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

MONSIEUR LE PROFESSEUR BESANÇON

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWARTZ

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR MOURE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CADENAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAY

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUBRY

MONSIEUR LE DOCTEUR CLEITZ

En témoignage de respect et de gratitude pour leur enseignement.

Nous tenons à remercier ici Mlle LE SELIER, directrice du Service Social à l'Hôpital qui a bien voulu nous conseiller dans cette thèse,

et Mesdames et Mesdemoiselles les Assistantes Sociales qui ont bien voulu nous confier des observations prises par elles et nous renseigner avec cette inépuisable obligeance qu'elles témoignent quotidiennement à tous ceux qui ont besoin d'elles.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Il n'est pas rare de voir des malades rester des mois dans les services actifs de nos hôpitaux parisiens. Ce sont des vieillards ou des incurables, des tuberculeux en attente d'un départ au sanatorium, parfois même des sujets qui ont besoin seulement d'une convalescence d'assez longue durée. Or, nos hôpitaux actuels ne sont pas faits pour de tels malades. Ils ont surtout pour but de permettre au médecin le diagnostic le plus rapide et le plus approfondi possible des affections aiguës et de permettre le traitement de ces affections. Cette contradiction entre la réalité et le but qu'on s'était proposé, n'est pas l'effet du hasard; et il ne nous semble pas inutile, avant d'étudier le problème tel qu'il se pose de nos jours, de rappeler quel sort les civilisations et les générations qui nous ont précédé ont réservé aux malheureux. Nous n'avons évidemment pas l'intention d'exposer même très schématiquement l'histoire de l'assistance aux misérables depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. Nous voudrions seulement rappeler comment les conceptions se sont modifiées au cours des siècles, en insistant un peu sur les problèmes qui seront évoqués dans cette thèse.

C'est une notion fort ancienne que celle de l'assistance aux misérables. La plus ancienne variété d'aide

sociale fut l'assistance par la famille et le clan. Au Japon, par exemple, où des brides d'organisation archaïque persistèrent jusqu'au XIX^e siècle, toute personne qui se trouvait dans le besoin devait être aidée par sa famille, ou à défaut de celle-ci, par le voisin; s'il s'agissait d'un voyageur, par les habitants du village ou du quartier.

Chez les *Hébreux*, société purement agricole, on trouve déjà un début d'assistance. Pourtant la législation sociale rappelle encore un temps où la terre appartenait à tous. Les terres étaient en effet partagées à nouveau tous les 50 ans. Les dettes (cette plaie du monde antique) étaient rayées tous les 7 ans, et le Juif esclave pour dettes libéré à cette époque. Quant à l'assistance proprement dite, elle avait deux aspects. Certaines aumônes étaient déterminées par la Loi :

Obligation de réserver pour les pauvres un petit coin de chaque champ, 1/60 de la récolte en principe. Mais les choses n'allaient pas sans contestation, certains Rabbi, prétendant que la réserve d'un seul épi suffisait à contenter le Seigneur.

Droit de glanage pour les pauvres dans les champs des riches. On peut d'ailleurs, encore de nos jours, constater dans certaines campagnes de France, l'observance d'une coutume analogue.

Privilège des années sabbatiques et jubilaires. C'est-à-dire que tous les 7 ans et tous les 50 ans la terre n'était pas cultivée, et ce qui poussait tout seul appartenait aux pauvres.

Dîme des pauvres, enfin, payée tous les 3 ans. En réalité moins de 1/10 de la récolte.

Outre ces aumônes fixées par la Loi, il existait encore des aumônes variables; sommes prélevées par des collecteurs d'aumônes, aumône de la cassette payée tous les vendredi soir, aumône du plat : les riches abandonnaient aux pauvres les reliefs de leur repas.

Il n'y avait pas d'hôpitaux. Mais une hospitalité très large était pratiquée, sauf pour les lépreux, considérés comme malade tabou.

Dans la *Grèce antique* la division entre riches et pauvres fut beaucoup plus poussée : « Je jure d'être toujours l'ennemi du peuple, et de lui faire tout le mal que je pourrai » tel aurait été, si l'on en croit Aristote, le serment des riches entre eux. Dans de telles conditions, l'assistance est liée intimement à la pression du peuple.

Or, le peuple était souvent maître de l'Assemblée. Il fait instituer le triobole. Les Sycophantes dénoncent les riches usuriers; les riches condamnés à mort le peuple se partage leurs biens. Parfois on distribue du blé aux pauvres. Une loi de Solon ordonne suivant Plutarque : « que toutes dettes passées seraient abolies, de sorte que l'on en pourrait plus rien demander aux débiteurs à l'advenir; que nul ne pourrait plus prêter argent à usure sous obligation de corps ». Ces formes d'assistance ne s'appliquaient pas aux esclaves; ceux-ci constituaient à Athènes, près des neuf dixièmes de la population.

Quand ils le peuvent les riches se défendent. Ils font voter une loi punissant « l'oisiveté ». Chaque année les habitants de l'Attique et des îles sujettes devaient déclarer aux magistrats leurs moyens d'existence. Celui qui oubliait de remplir ces formalités était puni de mort.

A Athènes d'autre part, dont la population était épuisée par des guerres continuelles, des mesures d'assistance durent être votées pour les enfants des combattants morts à la guerre :

Le Cynosage était l'établissement dans lequel les orphelins et les enfants illégitimes recevaient des secours. L'état y nourrissait jusqu'à l'âge de 18 ans l'enfant dont le père était tombé sur le champ de bataille.

Les Cesuries étaient des maisons d'hospitalité destinées aux anciens guerriers blessés ou infirmes, et aux magistrats qui avaient bien mérité de la patrie. Une loi déclarait familles adoptives de la République celles qui avaient perdu leur soutien à la guerre. Solon avait eu l'idée de faire nourrir par l'Etat un citoyen blessé à la guerre; avec Pisistrate cette mesure isolée devint une loi générale.

Enfin, la médecine grecque était intimement liée à l'assistance aux misérables. Hippocrate enseignait à ses disciples : « Je vous engage à être humains et généreux envers vos malades. Voyez les gratuitement s'il le faut, et par dessus tout soyez empressés, lorsque vous aurez à soulager l'étranger et le pauvre ». « Je recommande de ne pas pousser trop loin l'âpreté

et d'avoir égard à la fortune et aux ressources; même vous donnerez des soins gratuitement..... car là où est l'amour des hommes est l'amour de l'art ».

Les villes grecques finirent par désigner un médecin qui s'appela médecin public; elles mettaient à sa disposition une officine où il logeait, donnait ses consultations, faisait ses opérations et où couchaient les malades qui avaient été opérés et les pauvres de la cité qui n'avaient pas de gîte et venaient recevoir des soins gratuits.

A Rome, encore plus, sans doute, qu'à Athènes, l'assistance aux misérables n'est guère liée qu'à des luttes politiques sanglantes. Si Caton consent à soigner un esclave malade, c'est que l'esclave constitue une partie de son capital et que sa mort serait une diminution de ce capital. Et si le malade ne peut guérir, on ne s'attardera pas à le soigner inutilement et à faire pour lui de vaines dépenses; on le portera dans l'île d'Esculape sur le Tibre où on l'abandonnera, et où, privé de nourriture et de secours, il ne tardera pas à succomber au milieu des plus horribles souffrances. Mais les Plébéiens luttent contre les Patriciens. Parfois, ils remportent la victoire; les Gracques font voter les lois agraires. Caius Gracchus inaugura en 631 les lois qu'on a dénommées frumentaires : au début l'Annone était la fixation arbitraire du taux du blé que la République vendait aux citoyens pauvres au-dessous du prix des Patriciens. De même les taux usuraires (15 à 30 %) de l'intérêt des dettes furent diminués; et même les dettes abolies.

Ces lois d'assistance furent combattues par les Patriciens qui par 3 lois en 15 ans détruisirent l'œuvre des Gracques. Elles jouèrent un grand rôle, déformées, dans l'avènement des César et la constitution de l'Empire : les Empereurs distribuèrent gratuitement du blé, puis du pain, puis plus tard de l'huile et même de la viande de porc. Diverses autres mesures furent prises par les empereurs pour soulager la misère. Par exemple, sous Tibère, un tremblement de terre détruisit 12 villes d'Asie : « Sardes, la plus cruellement frappée, excita une compassion si profonde qu'elle obtint de Tibère la promesse de 10 millions de Sesterces ». Trajan prête à 5 propriétaires sur des biens ayant 10 à 12 fois la valeur de la somme prêtée une somme de 1 million 44 mille sesterces. L'intérêt annuel de 5 % représente 52.200 sesterces. Il servira à nourrir 281 enfants pauvres du territoire de Velleia. D'autres mesures d'assistance furent prises pour les garçons et filles pauvres. Mais les foules sans cesse renouvelées de misérables, anciens esclaves, affranchis, non romains, sans emploi, menacent la stabilité de l'Empire. On n'a plus besoin d'eux. Depuis longtemps on ne construit plus de Pyramides, mais on écrit des poésies, et le paysan cultive avec sa seule famille son petit champ.

En opposition avec cette déviation de l'assistance, Sénèque apparaît et son école : « Ne songes-tu pas que celui que tu appelles ton esclave tire son origine d'une semblable semence, qu'il jouit du même ciel, qu'il respire le même air, qu'il vit et meurt de même

que toi ? Tu le peux voir aussitôt libre qu'il te peut voir esclave ». (Ep. Ad. Lucilius 47). Les stoïciens se signalaient par leur visage, leur maintien digne, à la haine des délateurs. Mais Senèque n'a sans doute pas toujours appliqué sa philosophie : « Il condamna la tyrannie dans ses livres et fut l'instituteur d'un tyran; les courtisans, et il ne quittait pas la Cour; la flatterie et nul ne flatta si bassement ».

Epictète suivit Senèque : « Ce n'est pas celui qui aime l'argent ou les plaisirs ou la réputation qui aime les Hommes; c'est celui qui aime le bien ».

Marc Aurèle : « Quoique les êtres raisonnables forment chacun un être à part, cependant, étaient faits pour coopérer ensemble à une même œuvre, ils ont pour cette raison entre eux le même rapport d'union qui se trouve entre les membres d'un seul corps ».

Cependant, Marc Aurèle, empereur, ne semble pas avoir fait pour le peuple sensiblement autre chose que les empereurs démagogues.

Mais voici qu'un culte nouveau naît dans un coin de l'empire. Jean Baptiste, fils de Zacharie, se lève dans Israël en prophète : « Soyez bons, s'écriait-il; avez-vous deux tuniques, donnez en une à celui qui n'en a pas; et si quelqu'un a de quoi manger qu'il partage avec celui qui n'a rien ! » Ce prophète d'une charité nouvelle est considéré par quelques pauvres comme le Messie attendu : « Ce n'est pas moi » leur répond-il, et lorsque, peu après, il rencontre Jésus, fils de Joseph et de Marie, il le salue comme le véritable Messie.

Les effets du *Christianisme* sur l'assistance aux malheureux se font puissamment sentir. Un nouveau principe apparaît en effet : c'est le devoir moral pour le riche de secourir le pauvre.

Dans la Rome chrétienne les communautés s'organisent, les pauvres mangent aux Agapes, des oblations ont lieu, des collectes sont faites.

Particulièrement intéressant par rapport au sujet de notre thèse est l'institution des Diaconies : le premier devoir des diacres était de découvrir les pauvres et de les signaler à l'évêque et aux fidèles. Quand les diacres avaient découvert des indigents, ils prenaient sur leur état des informations qu'ils consignaient sur un registre, véritable catalogue des pauvres. Bientôt les diaconesses, veuves ayant eu des enfants, furent adjointes aux diacres. La seule forme d'assistance, fut, d'abord, l'assistance à domicile. Saint-Clément divisa Rome en 7 quartiers; chacun fut pourvu d'un diacre chargé de pratiquer l'assistance à domicile.

C'est accessoirement que furent organisées les Xénodochies : maisons destinées à recevoir les étrangers et les passants.

Brephotrophies et ophanotrophies, maisons destinées à recevoir les enfants et les bébés.

Gérontocomies : asiles pour vieillards.

Prochotrophie : asile pour infirmes et indigents.

Arginarie : asile des malades incurables.

Le premier hôpital cité à Rome fut fondé par une dame romaine riche et pieuse Fabiola. Elle y reçut des

malades abandonnés (fd. est. des esclaves) des malheureux consummés de longueur (i. e. Infirmes et incurables) des nécessiteux de toute nature.

D'autres hôpitaux sont construits. Entre autres par Saint-Basile à Césarée. Toutes les personnes de service y étaient logées y compris les médecins. Des ateliers de toutes sortes accueillaient les ouvriers qui se trouvaient parmi les pauvres. Les passants y recevaient l'hospitalité, les malades des soins; les infirmes, les indigents, y étaient admis.

Il est bien certain que les premiers chrétiens pratiquèrent surtout l'assistance à domicile et que les hôpitaux, malgré tout encore peu nombreux, servaient à secourir tous les malheureux, les malades comme les chroniques.

De même en *Gaule*, après l'invasion des Barbares, les maisons charitables qui subsistèrent ou qui furent fondées par les barbares reçurent toutes les misères. Les conciles et les capitulaires les appellent d'abord Xenodochies, de la grande fonction qu'ils remplissaient surtout l'hospitalité. Plus tard, comme on ne comprend pas ce mot grec, on les appelle hospitalis, hospitale, maison qui reçoit les hôtes, les étrangers.

Les hôpitaux deviennent de plus en plus nombreux (on en construit beaucoup en montagne pour les pèlerins). Les diacres disparaissent et sont remplacés par des ordres religieux dont beaucoup ne font plus la charité que dans les hôpitaux. En 567 le Concile de Tours, entre autres décisions importantes, ordonne que chaque ville secoure ses indigents. C'est la pre-

mière fois qu'apparaît dans l'histoire ce principe du domicile de secours qui est en opposition avec toute la conception antérieure de l'assistance, conception qui comprend essentiellement l'aide aux voyageurs, aux étrangers : « Que les habitants et le Clergé de chaque commune suivant leurs ressources nourrissent d'aliments convenables les pauvres qui y sont domiciliés, *afin qu'ils n'aillent pas vagabonder dans les autres localités* ». Ce concile propose aussi que l'assistance soit organisée non seulement par le clergé, mais aussi par les laïques. De même on lutte contre la transformation en « Bénéfices » d'œuvres charitables. La conception de l'assistance s'est donc modifiée depuis les premiers chrétiens. Mais c'est au XVII^e siècle qu'apparaissent clairement les contradictions entre les nécessités de l'assistance et les nécessités sociales du temps.

Saint Vincent de Paul, crée les « Filles de la Charité, garde-malades et servantes des pauvres ». Il fonde la Maison de la Couche pour les enfant dont la naissance est irrégulière. Il recueille les vieillards sans ressources et soigne les malades. Soignant les malades, il est amené à créer la « Compagnie des Dames pour le Service de l'Hôtel-Dieu à Paris ». Autrement dit, continuateur de la grande tradition de l'assistance, il ne fait pas de différence entre l'aide aux incurables, aux infirmes, aux enfants, aux vieillards, aux étrangers et aux malades. Comprenant les rapports de la misère et de la maladie, il crée la Compagnie des Dames pour le Service de l'Hôtel-Dieu.

Mais en même temps, Louis XIV mène grande lutte contre les mendiants; ils pullulent en effet. Il y en a plus de 10.000 à Paris. On scinde l'hôpital en deux : l'Hôtel-Dieu pour les malades, l'Hôpital général pour les mendiants valides, les vieillards et les enfants. Cet Hôpital Général est un intermédiaire entre une prison et un hospice. On condamne aux galères les hommes et au fouet les femmes pris à mendier. Simultanément, on crée des Hôpitaux-Hospices dans les principales villes de province, chaque ville devant secourir ses mendiants. Mais aucun Hôpital Général ne pût réussir à enfermer tous les mendiants qui accouraient des campagnes, où, sans terre, ils mourraient de faim. Le pouvoir royal dut reconnaître la nécessité de l'assistance à domicile, d'où la création à Paris, par exemple, du Grand Bureau des Pauvres.

D'autre part, le pouvoir royal lutte contre la conception d'assistance dispersée. On veut rendre uniforme l'administration hospitalière, mettre partout des représentants du roi, (les 24 articles du 12 décembre 1698). Il y avait d'ailleurs une énorme gabegie. On répétait ce mot que le premier Président de Harlay aurait répondu à un candidat à la place de Recteur (Directeur du Bureau des Pauvres) qui s'excusait de n'être point venu en carrosse : « Allez, Monsieur, vous en aurez bientôt un ! ». On accuse vers le milieu du XVIII^e siècle un Procureur Général au Parlement de s'être fait 60.000 fr. de rentes sur l'Hôpital Général.

Comme les Hôpitaux Généraux ne pouvaient renfermer tous les mendiants, le Gouvernement de Louis

XV créa dans ce but en 1724 des espèces de prisons appelées « Renfermeries ». Elles sont disparues 10 ans plus tard. En 1767 on rétabli le Dépôt de Mendicité où furent enfermés avec les mendiants, des fous et des repris de justice.

Le peuple est très hostile à ces mesures. Au XVIII^e siècle l'assistance à domicile reprend le dessus. Il existe des Bureaux des Pauvres qui distribuent l'aumône chaque mois, parfois chaque semaine. Mais toujours parce que les gens des villes luttent contre ceux qui, privés de terre, arrivent des campagnes, les pauvres inscrits sont souvent astreints à porter sur l'épaule une croix de drap jaune, bleue ou rouge. Et lorsque les Hôpitaux Généraux ne s'occupent pas de cette tâche, les Bureaux des Pauvres s'occupaient de punir et d'expulser les mendiants étrangers à la ville. Pour cela ils ont à leur service des agents spéciaux nommés « Chasse-gueux, ou Bedaux des Pauvres, archers de l'Ecuelle ».

Comme la création du Domicile de Secours, la division des Hôpitaux en Hôtel-Dieu et Hôpital Général est due à la nécessité pour les gens aisés de se défendre contre les foules d'indigents, anciens paysans ayant perdu leurs terres qui affluent dans les villes. Le médecin n'a guère plus d'influence dans les Hôtel-Dieu que les autres serviteurs à gages chargés du service intérieur et de l'approvisionnement. Barbiers et chirurgiens étaient toujours confondus.

Pendant la période qui précéda la Révolution, la question de l'Assistance ne pouvait laisser indifférents

les esprits. Une partie des libelles politiques qui se publient journellement lui est consacrée. En 1777, l'Académie de Châlons-sur-Marne, ouvre un concours sur ce sujet. Les auteurs de mémoires sont des littérateurs, des abbés, des magistrats, des médecins, Leur mentalité n'est plus celle des contemporains de Sénèque, de Fabiola, de St-Vincent de Paul. Préoccupés surtout de l'intérêt de la Nation, ce qu'ils voudraient c'est la suppression de la mendicité, qu'ils considèrent non plus seulement comme une honte, mais aussi comme une déperdition de force pour la Patrie. L'Académie de Châlons a posé la question dans ce sens : « Les moyens de détruire la mendicité en rendant les mendiants utiles à l'Etat sans les rendre malheureux ». Une idée puisée dans le Contrat Social se fait jour : L'Etat doit se charger de l'Assistance.

La Révolution se déclanche; les Bastilles tombent. L'Assemblée Constituante crée le 21 janvier 1790 le Comité de Mendicité où entrent beaucoup de prêtres et qui est présidé par le Duc de La Rochefoucault. Sept rapports furent présentés à l'Assemblée, accompagnés d'un projet de décrets. Un nouveau principe apparaît : l'Assistance est un Droit, au même titre que la Justice et elle doit être égale pour tous. En conséquence, la Nation seule est capable d'assurer cette égalité; l'assistance doit être nationale; tous les bien charitables seront réunis en un fonds commun dont l'Assemblée représentant la Nation aura la garde.

Ce dernier principe déclanche des batailles parle-

mentaires. Certains, en effet, voulaient préserver la notion d'assistance communale et partant la notion de Domicile de Secours.

D'autres idées neuves sont exposées pour la 1^{re} fois dans une Assemblée d'importance nationale. Le Comité « voudrait que tous les vieillards qui ont une famille soient nourris chez eux au moyen d'une pension de secours ». Il voudrait qu'on crée des ateliers de secours pour les ouvriers sans emploi. La Convention veut nationaliser pratiquement l'Assistance. Mais le directoire rétablit le domicile de secours. Dans la suite, avec les oscillations politiques, on constatera un plus ou moins grand désir des gouvernants de faire aboutir ce principe théoriquement reconnu par tous : l'Assistance est un droit pour les pauvres, un devoir pour la nation.

Mais ce principe a subi au cours des fluctuations politiques d'étranges transformations. C'est ainsi que Napoléon III s'efforce, en son nom, de prendre la direction de toutes les organisations charitables. D'après la loi du 7 août 1851, le Préfet nomme l'Administrateur Charitable. Le Gouvernement se réserve la nomination des Administrateurs de Sociétés de Secours Mutuels, etc. Quand une organisation charitable en dehors de l'Etat devient trop puissante, elle est dissoute. C'est ainsi que l'Empire ordonne la dissolution du Comité Directeur des « Conférences de Saint Vincent de Paul ». De la même façon que les Césars ont modifié de fond en comble l'Annone des Gracques, on modifie la notion de devoir national d'Assistance.

Ce n'est pas la nation qui choisit parmi ses Membres quelques-uns d'entre eux responsables devant elle, pour organiser les secours aux malheureux. Mais on nomme à la direction d'œuvres déjà créées des fonctionnaires dépendant uniquement d'un fonctionnaire plus haut situé dans la hiérarchie administrative et finalement d'un haut fonctionnaire aussi puissant qu'il est éloigné de la nation. Simultanément, une différenciation se produit, de plus en plus poussée, entre le médecin qui soigne les malades et le fonctionnaire qui organise l'assistance.

La troisième République certes, a amélioré les services d'Assistance. Elle a créé l'Assistance médicale gratuite, l'allocation aux vieillards. Mais elle n'a pas modifié l'organisation de l'assistance avec sa conception du domicile de secours, avec ses fonctionnaires hiérarchisés, et surtout avec la rupture entre la médecine et l'assistance.

A l'étranger d'ailleurs, le problème se pose à peu près de la même façon : « La famille, le foyer, les conditions sociales, le caractère particulier, les affaires d'argent d'un patient qui ne sont pas des éléments négligeables pour sa guérison, sont cependant tellement relégués à l'arrière plan par le médecin et l'infirmière qu'absorbent leur tâche précise, que le malade pourrait tout aussi bien être un citoyen de Mars, détaché sur la terre pour une période de traitement, et qui, une fois amélioré, regagnerait sa mystérieuse planète » a pu écrire l'Américaine Miss Gardner dans *Public Health Nurse*. Le Docteur Cabot,

en 1903, se rend compte que cette rupture entre la médecine et l'assistance rend stérile bien des efforts; il crée en Amérique les premières Assistances sociales. L'idée fait fortune et le Service Social se répand de par le monde. En France, Mme la Doctoresse NAGEOTTE fait en 1913, une communication sur ce sujet à la Société de Pédiatrie : « Tout l'effort des médecins et de leurs assistants est concentré sur le diagnostic et sur l'étiologie des maladies, et pour arriver à une précision toujours plus grande, on n'épargne ni la peine du médecin, ni le temps du consultant, ni ses souffrances physiques et morales. Il est bien certain que la précision du diagnostic est essentielle, mais il est non moins indiscutable que la justification de tout ce travail préliminaire c'est le traitement de la maladie. Et justement là, le médecin se voit dans un nombre considérable de cas tout à fait impuissant : il donne des conseils que le patient ne peut pas suivre, faute de temps, faute de surveillance. Il est par exemple, facile de détacher du bloc une feuille de régime pour diabétique ou dyspétique, et de la remettre au malade. Mais qui s'arrête pour remarquer l'air découragé du patient à la lecture de tous les aliments interdits à sa bourse ? Il est facile de conseiller à une famille de changer un enfant anémique de climat, ou de faire abandonner un métier à un jeune homme, mais le médecin ne s'occupe pas de rendre ces bons conseils exécutables... Il y a là une mauvaise utilisation du travail médical, un vice de fonctionnement que l'on ne peut tolérer une fois

que l'on y a arrêté sa pensée. Il n'est pas logique, il n'est pas humain, ni même économique d'arrêter l'assistance au malade au seuil du traitement, de laisser au patient qui vient demander secours le soin d'appliquer les prescriptions médicales s'il peut et comme il peut; sinon tant pis, personne n'y peut rien ».

A la suite de cette communication un service social est créé dans le service de Monsieur le Professeur MARFAN. Après la guerre, le service social prend une grande extension, et depuis quelques années les assistantes sociales s'attaquent au problème qui nous intéresse : comment diminuer la durée du séjour des malades dans les services hospitaliers. Il existe d'ailleurs depuis une vingtaine d'années de par le monde, une série de mouvements qui tous réagissent devant le problème qui nous occupe dans cette thèse d'une façon analogue, bien qu'avec des formes différentes : créer une symbiose nouvelle de la médecine proprement dite et de l'assistance. Au Congrès de juillet 1933 de l'Association Internationale des Hôpitaux, les rapporteurs concluent dans ce sens. Monsieur le Professeur PARISOT considère l'Hôpital comme « l'organisme d'intervention active en matière de médecine préventive et sociale » et Monsieur le Professeur GRUSCHKA, l'Hôpital comme « centre d'hygiène de sa circonscription ».

En Angleterre on évite l'encombrement des Hôpitaux en développant le « Queen's Institute of District Nursing » La première inspiration d'un tel organisme remonte à la Société de St-John's House en

1848. Elevées par la Reine Victoria au rang d'œuvre nationale, les Associations d'infirmières desservent actuellement 60 counties sur les 62 qui constituent l'Angleterre et le Pays de Galles. Les infirmières sont astreintes à un stage de 3 ans dans les hôpitaux à la suite duquel elles reçoivent un diplôme d'Etat, puis, à un stage de six mois d'exercice professionnel sanctionné par un diplôme. En 1926, il y avait environ une infirmière par 10.000 habitants dans toute l'Angleterre et à Londres une par 1933 habitants. D'après des renseignements puisés dans les documents de la Bibliothèque de l'Assistance publique, là où le revenu d'une famille dépasse 400 Livres par an (environ 30.000 fr.) le bénéfice des services du District Nursing n'est pas invocable. N'importe quelle personne ayant un revenu inférieur à 400 Livres par an à qualité pour faire appel à une infirmière de district pourvu que le malade soit traité par un médecin. Si le malade n'a pas de médecin, l'infirmière appelée ayant fait une première visite n'a pas le droit de continuer à venir auprès du malade. L'Association fournit à l'infirmière une bicyclette, une motocyclette ou une automobile.

CHAPITRE II

En France, il est possible, dans la situation actuelle de diminuer la durée moyenne du séjour des malades à l'hôpital. Il s'agit de placer plus rapidement les vieillards et les incurables, d'envoyer plus vite les tuberculeux au sanatorium, d'envoyer plus vite les malades en convalescence. Un exemple montre qu'on peut obtenir des résultats : Un service de désencombrement a été ouvert dans le service de Monsieur le Docteur MAY en février 1934. Il a fonctionné sur la moitié du service, c'est-à-dire dans deux salles de médecine, ceci permettant d'établir une comparaison avec les salles où l'assistante sociale ne travaillait pas.

Un parallèle fait entre deux salles de femmes, salle Rayer avec service social, Salle Bouillaud sans service social a donné les résultats suivants :

ANNÉE 1934

<i>Salle Rayer</i>	<i>Salle Bouillaud.</i>
457 entrées ayant fourni 10.129 jours d'hospitalisation.	461 entrées ayant fourni 14.933 jours d'hospitalisation.
Moyenne 22 jours par malade.	Moyenne 32 jours par malade.

A l'actif de la Salle Rayer une diminution de 4570 journées pour l'année, soit 10 journées par malade.

Or, il est important de diminuer la durée de séjour des malades dans les hôpitaux.

Le fait qu'un vieillard ou un incurable occupe pendant de longs mois un brancard dans une salle de malades aigus n'est pas sans gêner quelque peu le Chef de Service dont le service est moins actif. Cela gêne aussi les étudiants : l'externe qui s'occupe d'un certain nombre de lits observe moins de malades si les lits sont occupés longtemps par la même personne. Mais il est des inconvénients bien plus graves.

A la date du 17 décembre 1936, pour 39 lits budgétaires il y avait une population de 60 malades à la salle BO, à Lariboisière; salle B. pour 39 lits budgétaires, 62 malades; salle R. pour 38 lits budgétaires 63 malades; salle L. pour 39 lits budgétaires 67 malades. Les malades serrés les uns contre les autres se gênent mutuellement, surtout s'il en est d'agités la nuit, et les malades aigus, qui, eux, ont leur place à l'hôpital, souffrent particulièrement de cet état de choses. De plus, des contaminations sont possibles, en particulier, lorsque des tuberculeux sont couchés dans des salles surchargées. Enfin cette surcharge présente aussi des inconvénients pour les infirmières qui sont obligées de beaucoup s'occuper des vieillards gâteux et des agités et ont moins de temps pour soigner les malades aigus.

D'autre part lorsqu'un chronique occupe un lit d'hôpital, il coûte environ 40 fr. par jour, un peu

moins dans une salle de médecine, un peu plus dans une salle de chirurgie. Dans une maison de convalescence ou dans un hospice le prix de revient de la journée est beaucoup plus bas, environ moitié moindre. C'est donc une économie importante pour les finances publiques que réaliserait le placement rapide des vieillards et des incurables.

On voit parfois traîner dans des lits d'hôpitaux des malades jeunes, diminués physiquement, mais qui sont loin d'être incapables de tout travail. A l'hôpital ils sont entièrement à la charge de la société.

Enfin, de longs séjours à l'hôpital diminuent les individus. Il est triste de voir ces personnes d'un certain âge, jadis bons ouvriers, légitimement fiers de connaître leur métier, perdre petit à petit à l'hôpital leur sens de l'existence et devenir des malheureux ballotés d'un lit à l'autre; ces fins de vie sont profondément tristes. Petit à petit les chroniques prennent à l'Hôpital une mentalité de « clochards » même pas indépendants. C'est une question d'honneur que de sortir le plus rapidement possible de l'hôpital, milieu déprimant, les chroniques et les vieillards qui n'ont commis d'autre faute que d'être usés par de longues années de travail.

Enfin, il n'est pas douteux que les lenteurs du placement sont parfois néfastes à la santé de certains convalescents et surtout des tuberculeux. Il n'est pas exceptionnel, nous en verrons plus tard des exemples de voir l'aggravation des lésions de tuberculeux qui attendent des mois leur envoi au sanatorium.

Les résultats obtenus dans son service par Monsieur le Docteur MAY, des observations prises par les assistances sociales et qu'elles ont bien voulu nous laisser consulter, des communications de Monsieur le Professeur BESANÇON et de Monsieur le Docteur Etienne BERNARD, différents autres documents vont nous permettre de relever les difficultés auxquelles on se heurte lorsque l'on veut diminuer la durée du séjour des malades dans les hôpitaux parisiens, et d'envisager un certain nombre de solutions. Il ne s'agit pas de diminuer la durée du séjour à l'hôpital des malades aigus. On peut concevoir une organisation qui permette de traiter gratuitement en dehors de tels malades. Mais notre thèse n'a pas de limites si vastes. Il ne s'agit que d'envisager le cas des chroniques, des tuberculeux, des convalescents. Il nous semble utile de traiter séparément les problèmes que soulève le placement de chacune de ces catégories de malheureux.

CHAPITRE III

PLACEMENT DES MALADES CHRONIQUES

Il nous semble qu'il faut distinguer parmi les malades chroniques, lorsqu'il s'agit de leur trouver un placement, d'une part ceux qui sont incurables, cloués au lit d'un bout de l'année à l'autre, qui ont constamment besoin de soins, d'autre part les vieillards qui n'ont besoin d'un lit que pour se reposer et dormir, et enfin ceux qui sont seulement des demi-chroniques, sujets dont la capacité de travail est diminuée mais non pas nulle.

Les services actifs sont encombrés de tels malades. Par exemple, en janvier 1936, nous relevons à la Salle V. : sur 17 occupants, 6 chroniques, soit $1/3$. A la salle D. : sur 24 occupants, 9 chroniques ou demi-chroniques.

Les statistiques administratives montrent que le 5 novembre 1933 sur 11.822 hospitalisés, il y a 1.511 chroniques. Le 5 novembre 1935 sur 15.210 hospitalisés il y a 1.502 chroniques à placer. Le 5 octobre 1936 sur 13.677 hospitalisés, 1.500 chroniques à placer. Ces chiffres sont relevés à une époque de l'année où nos hôpitaux ne sont pas encombrés. On n'a fait

entrer dans la catégorie des chroniques ni les tuberculeux, ni les cardiaques non aigus; et les statistiques d'hôpitaux tels que Claude-Bernard ou les Enfants-Malades sont incluses dans ces statistiques générales. D'autre part, ce n'est pas avec une rigueur mathématique qu'on peut ranger tel malade parmi les chroniques et tel autre non. En tous cas, il est certain qu'il y a au moins dans nos hôpitaux un chronique sur 10 malades.

Or ces malades chroniques restent souvent fort longtemps dans les salles de médecine générale. Il est inutile d'insister sur ce point qui est bien connu de tout le monde. Par exemple dans 2 services de l'hôpital Tenon en février, 37 restent 4 chroniques qui sont depuis très longtemps hospitalisés :

P..., Hélène : le placement a été demandé le 2 sept. 1935; l'Assistance Obligatoire a été refusée le 7 déc. 36; une nouvelle demande a été refaite le 8 janvier 37.

V. Jeanne : Demande de placement le 28 février 36. Assistance obligatoire acceptée; la malade devait entrer à la Salpêtrière; mais on la refuse parcequ'il n'y a actuellement pas de place pour elle dans cet hospice.

T. Blanche : demande de placement, 13 ter., 7 fév. 35. A. O. refusée par Bagnolet. Une nouvelle demande est faite le 1^{er} déc. 36.

G. Joséphine : 1^{re} demande 10 août 35, le dossier est transmis à la mairie, 30 janv. 37.

Pour accélérer le départ des malades chroniques, certains médecins qui n'ont pas tendance à envisager

le problème dans son ensemble, ou l'assistance pour diminuer ses dépenses propres tendent à utiliser des méthodes qui nous semblent insuffisantes car elles ne suppriment en aucune façon les causes de l'encombrement des hôpitaux. En médecine, un traitement symptomatique n'amène le plus souvent qu'un soulagement passager, seul, le traitement étiologique est véritablement efficace. Cette règle thérapeutique nous semble juste aussi lorsqu'il s'agit de soigner non pas les troubles d'un organisme humain, mais les troubles d'un organe, d'un appareil de la société. Quelle méthode empirique utilise-t-on pour lutter contre l'encombrement des services actifs ?

D'une part, si, par exemple, il s'agit d'un vieillard qui s'est fait hospitaliser un jour d'hiver pour une poussée aiguë de bronchite chronique, dès que la poussée aiguë est terminée on peut faire le malade sortant. Mais l'expérience montre que ce vieillard risque bien de se faire admettre de nouveau à l'hôpital. 48 heures en moyenne après sa sortie, l'après-midi ou dans la soirée, il se présente à la consultation d'urgence du même hôpital ou d'un autre hôpital de la région parisienne. Il est bien difficile à l'interne de garde de refuser un vieillard qui présente des signes de bronchite plus ou moins nette, qui n'a pas peut-être mangé grand chose avant de se présenter à l'hôpital, et qui risque toujours de faire un accident aigu. Il nous apparaît que faire sortant un vieillard sans savoir où il ira une fois sorti de l'hôpital n'est pas une solution efficace.

L'assistance emploie un autre moyen pour alléger ses charges. Elle essaye de faire payer la famille. Une visiteuse de l'A. P. fait une enquête au domicile des enfants du vieillard et fixe le taux que les enfants peuvent payer. Que se passe-t-il ? Un certain nombre d'enfants ne demandent pas mieux que de contribuer à l'entretien de leurs vieux parents. Mais dans un très grand nombre de cas, les enfants refusent en utilisant de multiples arguments :

Monsieur N. âgé de 83 ans, infirme, est hospitalisé à Tenon depuis Juin 34. Domicile de secours province, sans assistance obligatoire, enfants ayant des ressources. Un placement à l'hospice de La Rochefoucault reste en cours depuis plusieurs mois; la famille opposant une véritable force d'inertie devant les formalités à accomplir, le malade ne coûtant rien pendant son séjour à l'hôpital.

J. Elégie, célibataire, née le 18 janvier 1856 domicile de secours : Lavallée; entrée à Tenon le 6 janvier 1934, proposition de placement le 14 février 1934, dossier transmis à la Préfecture de la Seine le 29 août 1934. Le 8 mai 1935, on reçoit une lettre du Préfet de la Meuse. Le Conseil Municipal de Lavallée accepte le placement de l'intéressé à l'hospice de Vaucouleurs à condition que Mme L..., fille de l'assistée paie 40 frs par mois. On fait de nombreuses visites au domicile de Mme L. Mais elle refuse de participer au placement en invoquant l'éloignement de l'hospice où on veut placer sa mère, les frais de déplacement qu'elle aurait à supporter pour aller la voir, et le fait qu'elle est en chômage.

Les malades dont la famille peut payer n'ont pas droit à l'assistance obligatoire. Ils ne peuvent être placés que dans un hospice payant. Et si la famille

refuse de payer ils restent longtemps dans les salles de médecine générale. On ne peut pas accuser les enfants de « manquer de cœur » car beaucoup d'entre eux pensent que leurs parents sont aussi bien dans une salle d'hôpital que dans une salle d'hospice. Beaucoup d'ailleurs préfèrent voir leurs vieux parents à l'hôpital où ils peuvent aller les voir facilement que dans un hospice, car pour aller voir leurs parents dans un hospice de banlieue ils doivent utiliser un moyen de locomotion plus ou moins coûteux. Il nous semble d'autre part dangereux de forcer la main aux enfants pour qu'ils reprennent leurs vieux parents. On agit ainsi dans le but louable de recréer les liens familiaux qui s'étaient relâchés, mais on risque des désastres. Tel ce cas : on insiste auprès d'une fille mariée pour qu'elle reprenne chez elle sa mère alors à l'hôpital. La fille cède. Mais le gendre furieux se dispute avec la mère. La femme prend la défense de sa mère et le résultat fut un divorce.

Il nous semble logique que les enfants paient s'ils le peuvent pour contribuer à l'entretien de leurs vieux parents. Mais ne pourrait-on pas fixer d'une façon stricte le taux de la pension alimentaire, par rapport au salaire ou au traitement, en tenant compte du chômage possible, total ou partiel et des autres charges de famille ? En tout cas, le résultat de la méthode actuelle est que de nombreux vieillards restent dans nos salles de médecine générale du fait d'interminables contestations.

L'Assistance publique tente encore de diminuer ses

dépenses en arguant qu'un propriétaire est un homme aisé et n'a pas droit à l'assistance obligatoire. Il est bien certain que celui qui possède une maison de rapport n'a pas besoin de l'Assistance. Seulement peut-on en dire autant de celui qui possède une petite maison pour son usage personnel, qui l'a fait construire en se privant pour économiser la somme nécessaire, et qui est privé de tout revenu. De tels exemples pullulent. Tel cet ouvrier maçon qui s'était construit une petite maison en banlieue et dont la veuve âgée, sans aucune ressource, n'avait pas droit à l'assistance parce qu'elle était propriétaire.

Enfin, et nous arrivons là à un des points les plus importants, l'A. P. s'efforce autant qu'elle peut d'alléger son propre budget au dépens du budget d'autres organismes : département, municipalités, assurances sociales, etc... Mais chacune de ces administrations raisonne de la même manière et tente d'alléger son propre budget aux dépens de celui des administrations voisines. De là l'interminable va et vient des dossiers de bureau en bureau, Nous reviendrons sur ce point.

Tels sont, pour reprendre notre comparaison antérieure, les différents traitements symptomatiques de ce que l'administration appelle l'encombrement des services hospitaliers.

Quelles sont les causes de cet encombrement. Et pour sérier les problèmes, pourquoi n'arrive-t-on pas à placer les incurables dans des hospices d'incurables ?

Dans son rapport général de 1936, à la 5^e commission du Conseil Municipal de Paris, Monsieur de FONTENAY, rapporteur, écrit : « Les causes de l'encombrement restent toujours les mêmes : manque de place pour les chroniques, longueur de placement pour ceux dont le domicile de secours est en banlieue ». Cette opinion nous semble exacte. Manque de place pour les chroniques : en novembre 36, il y a 247 demandes d'entrée à l'hospice des Ménages; 1.500 demandes pour les autres établissements. Si l'incurable peut payer une petite somme, s'il s'agit par exemple d'un petit retraité, il est facile à placer. Le problème ne se pose que pour ceux qui n'ont aucune ressource. Certes l'hospice de Garches qui vient de s'ouvrir va permettre de donner un lit à un certain nombre d'incurables. L'hôpital-hospice Raymond Poincaré, à Garches a été ouvert officiellement le 14 décembre 36, mais il n'est pas encore entièrement utilisable. Il comprendra 3 pavillons d'hospitalisation et en tout 1.235 lits. Si on y ajoute les lits des hospices plus anciennement construits : Bicêtre, Salpêtrière, Ivry, Brévannes, Brézin, Debrousses, Lambrechts, soit 6.713 lits, cela fait en tout 7.948 lits qui sont mis à la disposition des vieillards et des incurables parisiens sans ressources. Ces chiffres ne signifient d'ailleurs que peu de choses. Il faudrait leur ajouter les lits des hospices du département de la Seine et des organisations privées comme l'Armée du Salut, les Petites Sœurs des Pauvres. Les formes d'assistance aux vieillards et aux incurables sont

aussi nombreuses que variées. L'A. M. G. et l'allocation aux vieillards ne rendent pas inutiles les nombreuses soupes populaires. Tolérer que les mendiants couchent sous les ponts, c'est une forme d'assistance, si l'on considère que Louis XIV condamnait les mendiants aux galères. Certains clochards préfèrent même le pont à l'hospice. L'assistance ne se pèse pas comme du pain, ne se mesure pas comme un toit, ne se compte pas comme des lits; elle s'estime; et cette estimation est souvent fonction de l'individu et de la société. Quoiqu'il en soit, on peut penser que les résultats que nous avons obtenus ne sont pas parfaitement satisfaisants. Il suffit pour s'en rendre compte de voir au petit matin, aux Halles, des vieillards ramasser des fruits et des légumes avariés, de voir les vieilles femmes qui dorment dans l'ouverture d'un soupirail ou sur un banc.

Construire un grand nombre d'hospices serait extrêmement coûteux. Il nous semble bien qu'une excellente solution serait d'allouer aux incurables et aux vieillards une petite somme de dix à quinze fr. par jour. De cette façon, au lieu de dépenser 40 fr. à l'hôpital les collectivités dépenseraient seulement 10 francs.

Monsieur L..., 54 ans entre à l'hôpital le 23 mars 34. Diagnostic : Sénilité mentale ? Profession : coupeur de bretelles. A été hospitalisé quelques mois à Ste Anne et remis en liberté il y a 4 ans parce qu'il était guéri. Depuis ce moment il n'avait pas trouvé de travail et n'avait pas droit au chômage. Il était à la charge entière de sa sœur qui lui

payait sa chambre et sa nourriture. Voyant que l'état mental de son frère empêchait celui-ci de trouver du travail, elle a fait une demande de placement au commissaire de police qui lui a envoyé une convocation pour passer une contre-visite à l'hôpital. La consultation externe admet ainsi M. L. Un secours de dix francs par jour permettrait à sa sœur de le faire vivre chez elle comme avant son entrée à l'hôpital, ou de le placer dans un asile temporaire.

Mme V..., entrée le 25 décembre 1933. Mme V..., vivait seule dans une chambre d'hôtel en faisant des ménages et du blanchissage. Son accident (fracture compliquée du coude nécessitant une ostéosynthèse) la rend incapable de travailler. En attendant son admission dans un hospice elle est obligée de rester à l'hôpital. Un secours de 30 frs par semaine pour son loyer et de 5 frs par jour pour sa nourriture lui suffirait pour vivre de nouveau à l'hôtel.

Dans une enquête récente faite à la Salpêtrière par un Conseiller Municipal, membre de la 5^e commission, on relève ceci :

Une femme de 65 ans, admise à l'hôpital parce qu'elle eut un pied coupé (?) nous dit tout net : Bien sûr, si l'on m'avait accordé une retraite suffisante, je serais restée chez moi.

Une autre, 80 ans, inscrite à l'assistance; elle touchait 150 fr. par mois + 10 fr. de bons de pain et 30 fr. de charbon par an. « Aucune autre ressource ! Alors je me suis fait hospitaliser » — « Mais si vous aviez touché par exemple 10 à 12 fr. par jour ? » — « Je ne serais pas venue ici ».

Une autre « Je me suis fait inscrire à l'assistance » — elle touchait « 60 fr. par mois auxquels s'ajoutaient 20 fr. que me versaient ma fille » — « Mais si

vous aviez 10 fr. par jour ? » — « Oh ! je rentrerais chez moi ».

Une autre « Si vous nous faisiez obtenir 10 fr. par jour ? Mais je retournerais tout de suite chez ma fille ! Elle a un petit logement, mais on m'y trouverait bien une place ».

Nombreux sont les cas où la famille pourrait reprendre son incurable à condition de toucher une petite somme, ou bien même l'incurable pourrait vivre seul avec 10 fr. par jour. Comme de toute façon, il faut bien s'occuper des incurables sans ressources, leur allouer systématiquement une petite somme qui leur permettrait de payer l'hospice ou de rester dans leur famille, ne peut pas être considéré comme une dépense pour la collectivité, mais au contraire comme un « manque à perdre » appréciable.

Il nous semble donc que la 1^{re} raison pour laquelle les incurables restent longtemps dans des salles de médecine générale est le manque de place : auquel on peut remédier en créant de nouveaux hospices, certes mais surtout en allouant à ses mandats une petite somme de 10 fr. par jour, par exemple.

L'encombrement de nos services actifs par les vieillards et les incurables est dû encore, à ce que, pour les malades de banlieue et de province, les différents bureaux se renvoient les dossiers, chacun voulant que ce soit l'autre qui paie :

Mme F..., née Anne C..., le 3 avril 1861. Domicile de secours Combres sur les Côtes (Meuse). Entrée à Tenon le 14 octobre 1935. Proposition le 11 février 1936. Assistance hos-

pitalière rejetée par le Conseil Municipal de Combres, le 8 juillet 1936. On écrit une lettre au Maire de Combres le 21 octobre 1936. Le 28 octobre 1936, réponse du maire de Combres; la commune est trop pauvre et ne peut allouer une allocation autre que l'assistance à domicile. Conclusion, le 2 février 1937, la malade est encore à l'Hôpital.

Mme N..., 82 ans a quitté l'Aisne il y a 3 ans. La Mairie refuse un placement vu les ressources de la famille. Celle-ci ne peut donner plus de 150 frs par mois ce qui est une somme insuffisante pour un placement payant, et M. N... étant invalide, il ne peut pas être placé aux Petites Sœurs des Pauvres.

Mme J..., 78 ans a quitté depuis 17 ans Lavallée; elle avait l'assistance obligatoire à Lavallée; la mairie a refusé le placement en mai 1933; nouvelle demande en février 1934, le dossier a été envoyé à l'instruction à la mairie du 20^e le 4 juin 1934; renvoyé à l'assistance publique le 19 juillet; transmis à Lavallée, dont on attend la réponse en août 1934.

Nous retrouvons ici, la personne qui avait été signalée dans un autre dossier comme non placée par faute de la famille. Dans ce dernier dossier, il semblerait qu'il y eu plutôt mauvaise volonté de Lavallès. Cela montre en tout cas combien il est difficile dans l'état actuel des choses de savoir qui doit payer.

D'autre part, un étranger n'ayant pas quinze ans de résidence ou appartenant à une nation n'ayant pas passé de traité de réciprocité (Arménie par exemple) ne peut pas être placé et reste à l'hôpital des années s'il ne peut pas être rapatrié.

Nous pourrions nous amuser à allonger la liste des

observations où l'on voit les différents bureaux se renvoyer les dossiers et jouer à cache-cache. La conclusion nous semble devoir être celle-ci : puisque dans le précédent paragraphe, il nous a semblé qu'il était bon d'allouer une certaine somme aux incurables et aux vieillards, cette somme nous semble devoir être allouée non pas par les départements ou les communes, mais par l'Etat. La création d'une caisse de solidarité nationale nous semble être une mesure satisfaisante pour les assujettis, satisfaisante pour notre conscience morale, satisfaisante aussi pour les finances de la collectivité. Il est certain qu'une telle mesure supprimerait beaucoup de lenteurs administratives, puisqu'elle en supprimerait une des causes principales. On peut néanmoins se demander si elles les supprimerait toutes, parce qu'il semble bien qu'à l'heure actuelle des fautes administratives aggravent encore l'incohérence de notre système de placement des incurables :

F. L..., domicile de secours état. Proposée le 17 mars 1934. L'A. P. transmet le dossier à la mairie du 20^e à la fin de mars et le bureau de l'A. P. affirme qu'il n'a pas revu le dossier en Juillet 1935. La mairie du 20^e dit à l'assistance l'avoir retransmit à l'administration de l'A. P. le 30 avril. Aucune suite n'est encore donnée à cette demande de placement fin Juillet 1935.

B..., née le 16 mars 1858, entre à Tenon le 6 avril 1935. Proposée le 17 avril 1935. N'a encore rien reçu le 2 mars 1937. L'intéressée dit avoir toujours habité Paris.

Vve C..., née le 21 janvier 1852 à Dannemarie. Entrée à Tenon le 19 juin 1934. Proposition le 12 octobre 1934. Réclamation faite par l'assistante sociale en Juin 1935. Réponse :

le dossier a été transmis à la Préfecture de la Seine le 8 juin 1934. C'est-à-dire que la Préfecture aurait transmis le dossier quatre mois avant de l'avoir reçu. Le 5 novembre 1936 l'Assistante sociale fait une démarche à la Préfecture de la Seine : aucune trace du dossier.

G..., Yvonne, née le 2 mars 1914 à Senlis. Domicile de secours Etat. Proposition de chronique faite le 29 avril 1936, complétée une deuxième fois pour casier judiciaire le 6 juin 1936. Transmis au Ministère de la Santé publique avec proposition pour Villejuif le 26 juin 1936. Le 15 décembre 1936 on fait une démarche au ministère : on sort le dossier pour le présenter à la prochaine commission.

P... Louis, 49 ans. Domicile de secours Alfortville. Demande la transformation de son assistance obligatoire en placement en mai 1936. Le dossier est transmis à la Préfecture de la Seine le 25 juin, reçu à Alfortville le 14 juillet, examiné au Conseil Municipal le 6 ou 7 octobre, rentré à la Préfecture de la Seine avec « Avis favorable » le 25 novembre. La malade en Janvier 1937 attend toujours son placement à Villejuif.

S... Louise. Domicile de secours : état. Demande de placement faite le 10 juin 1936 pour la Salpêtrière. Dossier revenu à la Préfecture de la Seine avec « Avis favorable » en Novembre 1936. Cette personne attend toujours son placement.

F... Madeleine. Domicile de secours, département (Aveyron). Demande de placement faite le 24 février 1936. Recoit la notification de l'acceptation de son placement en Août 1936. Le 4 décembre 1936, l'assistante écrit une lettre au Préfet qui demeure sans effet. Mme F... attend toujours son titre de placement.

Vve A..., Clichy. Demande de placement faite le 24 février 1936, sans résultat. On fait une nouvelle demande le 5 oc-

tobre 1936, la personne attend toujours son titre de placement.

E... Jeanne. Domicile de secours département (Seine-et-Oise). Demande de placement faite le 24 février 1936. Reçoit notification de l'acceptation de son placement à Villejuif en Août 1936. Le 4 décembre 1936, lettre de réclamation au Préfet, cette lettre demeure sans effet. Mlle E... attend toujours son titre de placement.

Il nous semble bien que les administrations n'ont pas beaucoup changé depuis Courteline. Il est évidemment facile d'en rendre responsable le petit gratte-papier qui, en dernière analyse, remplit les dossiers qu'on lui demande de remplir. Pour faire cesser cet invraisemblable jeu de cache-cache administratif, il nous semble urgent de simplifier une organisation où se mêlent lois et décrets, charité privée et assistance publique, règlements et estimations. Pour cela encore, la Caisse de Solidarité nationale serait utile.

Le placement rapide des vieillards nécessite à peu près les mêmes mesures que celui des incurables. Néanmoins, il y a des différences pratiques non négligeables. D'abord le vieillard est encore valide. Il peut faire son lit. Il n'a pas besoin d'être soigné d'une façon continue, les hospices de vieillards nécessitent donc un personnel moindre que les hospices d'incurables et partant moins de frais. L'allocation allouée au vieillard lui permettrait de se « débrouiller » tout seul beaucoup mieux qu'à l'incurable. Il pourrait aller vivre parmi ses enfants sans être à

leur charge, ce qui éviterait bien des difficultés familiales. Il pourrait vivre tout seul dans son ancien logement. Mais le placement des vieillards présente des difficultés qui n'existent presque pas pour l'incurable. Le vieillard est plus libre de ses mouvements, partant plus indocile que celui qui reste cloué au lit du matin au soir, et ils ne sont pas rares ceux qui s'en vont de l'hospice pour entrer dans une salle de médecine générale quelques jours après leur fuite de l'hospice.

Il existe enfin à l'heure actuelle nombre de cas particuliers qu'on ne peut trancher que par des moyens de fortune, c'est-à-dire mal : par exemple, on n'admet pas dans les hospices les vieillards souffrant d'ulcère de jambe ; mais c'est là une affection bien longue et difficile à guérir définitivement ; si bien qu'on est automatiquement voué à voir dans nos salles de Médecine et de Chirurgie générale ces malades chroniques, à moins qu'une allocation leur permette de rester chez eux et de venir aux soins de temps en temps.

Quant aux demi-chroniques, ils se différencient des incurables et des vieillards parce qu'ils peuvent travailler soit modérément d'une façon continue soit d'une façon discontinue. Il ne s'agit pas de donner aux demi-chroniques un lit et de quoi vivre. Le but à atteindre, aussi bien pour le malade lui-même que pour la collectivité, est de trouver à ces sujets un travail qui leur soit adapté et qui leur permette de vivre. Néanmoins de tels malades se rangent parmi les chroniques parce qu'ils sont atteints d'une affection qui ne disparaîtra jamais, qui nécessite un trai-

tement d'entretien le plus souvent discontinu et souvent un régime et un rythme de vie modéré.

Le type de ces malades demi-chroniques est le cardiaque. Mais on peut ranger dans cette catégorie les rénaux, les paludéens, les tuberculeux stabilisés et beaucoup d'autres. La situation de ces malades soulève des problèmes angoissants. Si l'on ne s'occupe pas d'eux, ils risquent de devenir des infirmes définitifs : le cardiaque rapidement deviendra asystolique, et occupera pendant des mois un lit d'hôpital, le tuberculeux apparemment guéri fera une rechute, sera hospitalisé à nouveau, deviendra un tuberculeux évolutif, plus difficile à soigner souvent que lors de son premier épisode. Si au contraire on surveille ces malades, si on leur fournit des moyens d'existence adaptés à leur capacité de travail diminuée, ils peuvent continuer à vivre pendant des dizaines d'années, et à vivre non pas aux dépens de la société mais en gagnant leur vie.

Lorsque, par exemple, le cardiaque sort de l'hôpital, il s'agit bien souvent de lui éviter les gros travaux, de lui trouver un emploi adapté à sa force de travail. M. le Docteur VAQUEZ, et après lui les différents médecins cardiologues des hôpitaux de Paris, ont envisagé ce problème. C'est ainsi qu'ils ont créé « l'Aide aux cardiaques », « l'Amicale des cardiaques ». Etant donné le manque de moyens financiers dont ces associations disposent, il leur fut impossible de solutionner le problème complètement, et elles furent obligées d'accorder des secours (argent,

charbon, etc.) à des cardiaques ne travaillant pas parce qu'incapables de travailler ou incapables de trouver du travail.

Eviter aux cardiaques les gros efforts : c'est l'envoi d'une femme de ménage au domicile du cardiaque pour frotter les parquets, faire la lessive; leur trouver un logement situé à l'entresol ou au rez-de-chaussée, de telle sorte qu'ils n'aient pas plusieurs étages à monter pour se rendre chez eux.

Trouver un travail adapté aux cardiaques : En réalité ce ne sont pas les métiers qui manquent. Tricotage, couture, horlogerie, menuiserie, travail de bureau, etc. Mais il est souvent nécessaire de leur apprendre un nouveau métier. La réadaptation professionnelle apparaît comme une des conditions de l'organisation du travail des demi-chroniques.

La rémunération du travail des cardiaques est à l'origine de nombre de difficultés. On tend à payer moins cher le travail des gens affaiblis que le travail des gens entièrement sains. L'argument des employeurs est que leur rendement est moindre. Ce qui n'est pas toujours exact. D'autre part l'expérience montre que plus le travail est payé à un taux bas, plus le rendement est faible. Enfin les malades ne veulent pas qu'on se serve d'eux pour abaisser le niveau des salaires. Il nous semble clair que tant que l'on ne paiera pas le travail de ces affaiblis au même taux que le travail des gens sains, il sera difficile de trouver une solution ailleurs que sur le papier.

En liaison avec ce deuxième problème soulevé par le travail des cardiaques se pose le problème de la vente des objets manufacturés par les cardiaques. Vente sans bénéfice par des coopératives de cardiaques, vente favorisée par certaines dispositions de l'Etat : détaxation, primes, etc... Les difficultés sont grandes mais non insurmontables. Le résultat serait : diminution des dépenses d'assistance des collectivités, augmentation de la puissance de notre pays par la rentrée de dizaines de milliers de personnes dans l'économie nationale.

Baucoup de cardiaques seraient susceptibles aussi de remplir certains emplois dans les administrations. Ces emplois leur sont interdits par la nécessité de passer une visite médicale pour être admis. Ces problèmes complexes sortent évidemment du cadre de cette thèse. Mais le fait qu'on ne leur a pas trouvé de solution joue un rôle dans l'encombrement des hôpitaux parisiens.

Pour les Paludéens, la nécessité d'un traitement d'entretien ne fait aucun doute. Mais la question se pose rarement à Paris et n'a pas une grande importance pour le désencombrement de nos hôpitaux parisiens.

Certaines catégories de tuberculeux sont encore assimilables à des demi-chroniques. Il s'agit de sujets qu'un séjour au sanatorium a apparemment guéris. « On ne saurait trop dire combien est puissante l'influence du milieu, de l'hygiène, du travail et du genre de vie sur la conservation de la santé récupérée par

la cure. C'est de ce qui suivra le sanatorium que dépend surtout la valeur et la pérennité du résultat de sortie. » A la suite de la malheureuse expérience du village de Clairvivre, qui fut malheureuse pour toute une série de raisons extra-médicales, on n'a pas fait grand chose en France pour les tuberculeux stabilisés et l'on voit des tuberculeux retourner dans les hôpitaux et y rester des mois uniquement parce qu'ils ont fait une rechute à la suite d'un séjour dans un sanatorium.

Dans tout ce chapitre traitant des demi-chroniques, nous n'avons pu qu'envisager d'une façon très rapide et très insuffisante les problèmes qui se posent au sujet des conditions de travail et d'existence de ces malades. Si néanmoins il nous a semblé nécessaire d'évoquer ce problème, c'est parce que nous pensons que pour faire un travail productif, on ne peut pas se contenter d'envisager tel ou tel aspect particulier de la question, il faut envisager la question dans son ensemble.

CHAPITRE IV

LES TUBERCULEUX

Un placement rapide et satisfaisant à la fois pour le moral du chronique et les finances des municipalités et de l'Etat est donc infiniment souhaitable et réalisable sans grandes difficultés. Il est plus urgent encore de placer rapidement les tuberculeux dans des sanatorias. Le problème est d'envoyer le plus rapidement possible le tuberculeux au sanatorium. Les cas sont rares en effet où il y a intérêt à ce que le malade rentre chez lui. Il ne s'agit donc pas seulement de libérer un lit dans un hôpital, il s'agit de trouver un placement dans un sanatorium.

Les raisons qui militent en faveur du placement rapide des chroniques, militent aussi en faveur du placement rapide des tuberculeux. Lorsqu'un tuberculeux pulmonaire par exemple occupe pendant des mois un lit dans une salle de malades aigus, le moindre inconvénient de cet état de choses est une gêne pour le médecin-chef de service et ses élèves, une entrave à l'enseignement clinique; inconvénient minime par rapport à d'autres, beaucoup plus graves.

Une journée de tuberculeux à l'hôpital coûte envi-

ron 38 francs alors que dans un sanatorium le prix de revient de la journée est beaucoup plus faible. Les longues attentes à l'hôpital peuvent aggraver l'affection et le séjour au sanatorium en est prolongé. Les frais de tous ordres sont donc augmentés. Les assurances sociales ne payent que pendant 6 mois; la famille en général ne peut pas entretenir complètement ses malades, si bien qu'en définitive, les frais supplémentaires retombent sur les collectivités. Un placement plus rapide signifierait donc pour le budget de l'état, des départements, des villes une économie importante, difficile à chiffrer, mais que toutes les évaluations reconnaissent comme devant être considérable.

Le facteur moral, d'autre part, est loin d'être négligeable parmi les causes de guérison de la tuberculose. D'une part, parce qu'un tel malade, s'il a l'impression d'être un peu abandonné à son triste sort, sans qu'on fasse grand chose pour le soigner, accepte plus difficilement la discipline des cures, les prescriptions d'hygiène qui lui sont nécessaires. Si les centres de triage et les services spécialisés des hôpitaux sont à l'heure actuelle assez bien organisés, par contre, il existe des salles entières de tuberculeux en dehors des formations spécialisées, où l'organisation est beaucoup moins bonne. Il y a, par exemple à St-Antoine, une salle en dehors du centre de triage qui est occupée uniquement par des tuberculeux et que l'administration a mis sous la responsabilité d'un médecin connu pour ses travaux sur le

tube digestif. Il n'est pratiquement pas une salle de malades aigus, où l'on ne trouve sur des brancards un ou deux tuberculeux attendant un placement. A la date du 5 novembre 1935, il y avait dans les hôpitaux de Paris, 82 tuberculeux en attente dans des salles de médecine générale; presque fatalement, le médecin passant sa visite, ne s'arrêtera que de temps en temps devant le lit du tuberculeux; le moral du malade pourra s'en ressentir, il essaiera de frauder la discipline, risquera de se faire mettre à la porte de l'hôpital, ce qui n'est pas une solution. D'autre part, il est difficile de ne pas reconnaître que la seule impression de se sentir suivi par un médecin, de se sentir entouré de soins et dans les meilleures conditions pour guérir peut aider le tuberculeux à guérir. En outre, il est important de tenir compte de l'état d'esprit du malade adulte ou de la famille d'un enfant « à qui le médecin a souvent affirmé avant l'entrée à l'hôpital, la nécessité d'un départ rapide à la campagne ou à l'altitude, et qui voient leur enfant séjourner pendant des mois dans un établissement hospitalier parisien. Nombre d'entre elles s'impatientent et reprennent leur enfant malgré l'avis médical ».

Le tuberculeux se retrouve alors dans un foyer insalubre et risque de voir sa santé définitivement compromise. Et d'autre part, il risque de contaminer son entourage.

Il est enfin des raisons très graves pour placer rapidement le tuberculeux au sanatorium. Trop nombreux sont les cas où le malade a attendu des mois

son placement. Quand vient le jour de la contre-visite, il est déjà trop tard, l'affection a progressé, le malade est refusé ou même incapable de se présenter à la contre-visite. Après des mois d'attente, le malade est souvent dans un état différent de celui où il se trouvait lorsque l'on a proposé telle ou telle cure sanatoriale; le climat de la station de cure a changé avec la saison, si bien que les indications thérapeutiques se sont modifiées.

D... Claude, né en 1909, boulanger, célibataire. Il a eu une pleurésie en Novembre 1929; a été hospitalisé à Laënnec en décembre 1929. Entre à l'hôpital le 21 novembre 1932. Aurait été proposé pour Champrosay, le 28 novembre 1932. A été proposé pour St-Martin-du-Tertre, le 1^{er} décembre 1932. Le 10 décembre 1932, proposition départementale, le domicile de secours de ce malade étant à Verzenay (Marne). Le malade désirant aller à St-Martin-du-Tertre avait trompé l'assistante sociale sur son véritable domicile de secours. Le 11 avril 1933, le chef de service écrit au Préfet de la Marne pour lui signaler le cas de M. D... et faire hâter son placement dont on n'avait aucune nouvelle. Le Préfet fait savoir à M. D... que son domicile de secours n'est pas dans le département de la Marne. On fait une demande à l'O. P. H. S. On obtient après bien des difficultés que M. D... soit placé par l'Office. M. D... est placé à La Rochefoucault, le 26 juin 1933 en attendant son admission au sanatorium; puis il part au sanatorium de La Guiche. Le 26 octobre 1933, le médecin chef du sanatorium écrit une lettre au médecin chef du service où le malade avait été hospitalisé. Il lui renvoie le malade car M. D... se plaint de douleurs sacrées tenaces; une radiographie semble nécessaire. Le malade revient très fatigué le 30 octobre 1933, et il meurt le 16 janvier 1934.

G... Joséphine, infirmière temporaire de l'A. P., née en 1911, dans le Finistère; elle a un fils de 2 ans et demi qui est

en nourrice chez sa grand'mère; elle n'est pas mariée. Elle entre dans le service le 18 mars 1933; la malade ne peut plus payer les mois de nourrice de son fils; le service social à l'hôpital obtient des Enfants Secourus une allocation de 150 francs par mois. Le 19 juin 1933, une demande est établie pour que la malade soit prise en charge par le Finistère. Le 27 septembre 1933 on écrit à la Préfecture du Finistère parce qu'on n'a aucune nouvelle de la demande. Le 9 octobre 1933 on a une réponse de Quimper, il n'a pas été trouvé de traces dans les services de la Préfecture de demande d'admission au Sanatorium, pour la nommée G... On fait des démarches à l'A. P. On obtient que la malade soit admise au sanatorium d'Angicourt où elle entre le 7 novembre 1933. Elle reste à Angicourt jusqu'en Août 1934. La malade rentre le 12 octobre 1934 dans le service parce qu'on a découvert un foyer de condensation pulmonaire. Elle quitte le service pour partir en cure libre le 14 novembre 1934. Actuellement, la malade vit de prostitution, bien qu'elle soit extrêmement fatiguée.

Quelques statistiques vont nous donner une idée de la durée de l'attente des tuberculeux dans nos hôpitaux parisiens :

Année 1934-1935 dans un centre de triage.

Placement par l'A. P.

Adultes :

Brévannes : 25 départs sur 31 demandes;

3 attentes de moins de 1 mois;

10 attentes de six semaines environ;

12 attentes de plus de six semaines,

2 à 3 mois et plus.

Angicourt : 8 départs sur 11 demandes;
2 attentes de moins de 1 mois;
4 attentes de 6 semaines;
2 attentes de 10 semaines.

Ivry : 7 départs;
Pas une seule malade partie en moins de
2 mois;
4 attentes de 10 semaines;
3 attentes de 3 à 4 mois.

Enfants :

Brévannes : 43 départs;
12 attentes de moins de 1 mois;
19 attentes de 1 mois;
12 attentes de plus de 1 mois, 5 semaines à 3 mois.

Roc de Fiz : 5 demandes faites, pas un seul départ.

Placement par l'O. P. H. S.

Adultes : 120 départs :

Arnières : 38 malades admises;
2 en 5 semaines;
6 en deux mois;
30 entre 2 et 3 mois;
Magnanville : 19 malades admises;
3 en 5 semaines;
16 en 8 à 10 semaines.

La Tuyolle : 27 malades admises;
10 en moins de 2 mois;
15 en 3 mois;
2 en 4 mois.

Groslay : 7 malades admises, attente de 10 semaines environ.

Bligny : 4 malades admises, attente de 3 à 4 mois.

Hauteville : 15 malades admises, attente de 6 semaines à 2 mois.

L'Hay les Roses : 3 malades admises;

2 attentes de 10 semaines

1 attente de plus de 3 mois;

Le Glandier : 3 malades admis en 6 semaines.

Villepinte : 4 malades admises;

3 attentes de 10 semaines;

1 attente de 3 mois.

Enfants :

Garçons :

Villiers-sur-Marne : 22 départs;

3 attentes de 2 mois;

4 attentes de 3 mois;

10 attentes de 4 mois;

5 attentes de plus de 4 mois;

Filles :

Ormesson : 8 départs;

3 attentes de 2 mois;

1 attente de 3 mois;

4 attentes de 6 mois;

Villepinte : 10 départs;

4 attentes de 3 mois;

2 attentes de 2 mois;

4 attentes de plus de 3 mois (4 à 5 mois).

Le rapport ajoute : ceci pour les enfants de 4 à 15 ans. Aucun placement n'est possible pour les nourrissons tuberculeux et les enfants de 2 à 4 ans. Pour les envois en préventorium, la durée moyenne d'attente est de 2 à 3 mois pour les enfants de 4 à 15 ans; Pour les enfants en dessous de 4 ans, elle est de 4 mois environ.

Dans un autre centre de triage en 1934-1935 :

Placement par l'A. P.

Angicourt : 10 demandes, 8 départs;

3 attentes moins de 1 mois;

2 attentes moins de 2 mois;

3 attentes plus de 2 mois.

La Bruyère : 29 demandes, 20 départs;

5 attendent moins de 2 mois;

4 attendent 2 mois;

5 attendent moins de 3 mois;

6 attendent 3 mois.

Champrosay : 7 demandes, 4 départs;

1 attend 1 mois et demi;

3 attendent de 3 à 4 mois.

Ivry : 1 demande attend 5 mois.

Placement par l'O. P. H. S.

La Tuyolle : 13 demandes, 10 départs;

2 attendent moins de 2 mois;

5 attendent 3 mois;

3 attendent 4 et 5 mois.

Béligneux : 31 demandes, 22 départs;

5 attendent moins de 2 mois;

9 attendent moins de 3 mois;

7 attendent de 3 à 4 mois;

L'Albarine : sur 6 demandes, 2 départs.

Arnières : 26 demandes, 20 départs;

4 attendent moins de 2 mois;

11 attendent de 2 à 3 mois;

5 attendent plus de 3 mois.

La Guiche : 4 demandes;

3 départs de 3 à 4 mois.

Cambeau : 5 demandes;

2 départs de 3 à 5 mois d'attente;

Mardor : 2 demandes attendent 3 mois et demi.

Magnanville : 3 demandes attendent 2 mois et demi.

Albreschviller : 2 demandes attendent 2 mois et demi.

St-Martin-du-Tertre : 51 demandes, 39 départs;

5 attendent moins de 1 mois

15 attendent 2 mois et plus;

19 attendent 3, 4 et 5 mois;

Groslay : 2 départs qui attendent 3 mois.

Depuis quelque temps on s'efforce de placer plus rapidement les tuberculeux. Brévannes a été assimilé à un hôpital au point de vue administratif, si bien que les formalités d'admission sont simplifiées. Le malade dont le domicile de secours est Paris et qui est dans un centre de triage bien organisé part au

Sanatorium au bout de 1 mois environ. Mais les autres restent beaucoup plus longtemps dans les services. Par exemple dans 2 services de médecine de l'hôpital Tenon, sur 31 tuberculeux encore présents dans les salles le 1^{er} février 1937, 16 sont à l'hôpital depuis 1 mois ou moins de 1 mois, mais 1 attend 5 mois, 1 attend 3 mois, 8 attendent 2 mois, 5 attendent 1 mois 1/2. Aucun de ces malades n'était parti au moment où la statistique a été établie.

Dans le but de trouver des remèdes à ces maux, pour pouvoir placer plus rapidement nos tuberculeux d'hôpitaux, il nous paraît nécessaire de tenter une analyse des causes des lenteurs actuelles de placement. Pour les tuberculeux comme pour les vieillards, les problèmes sont plus complexes lorsque le domicile de secours est en province que lorsqu'il est à Paris.

Il ne semble pas que les lits soient trop peu nombreux dans les différents sanatoria de la ville de Paris situés dans la banlieue. Pourtant encore aujourd'hui il est des tuberculeux pulmonaires adultes qui attendent des mois dans les hôpitaux de Paris. C'est que pour placer dans un sanatorium même un tuberculeux parisien, il faut mettre en branle toute une série de rouages. Monsieur le Docteur Etienne BERNARD a décrit 14 temps différents nécessaires pour obtenir un placement sanatorial ordinaire par l'O. P. H. S.; le dossier passe par différents bureaux de l'Assistance publique, différents bureaux et dispensaires d'O. P. H. S. la mairie, la préfecture, les

assurances sociales. Dans une étape quelconque de ces pérégrinations, le dossier risque bien de s'égarer ou de s'arrêter, si dans le service où est le malade il n'y a personne pour suivre le voyage du dossier et intervenir au besoin. C'est ce qui explique que ce sont les tuberculeux isolés dans une salle de médecine générale ou bien réunis dans des salles hors de la surveillance du centre de triage de l'hôpital qui restent longtemps dans nos hôpitaux parisiens. La complexité des rouages administratifs fait encore que dans certains cas, l'O. P. H. S. n'envoie pas le malade dans le sanatorium où le médecin désire que le malade aille.

Exemples :

L... Robert, 22 ans. Entre dans le service en Novembre 1936. P. A. le 11 novembre 1936. Cure demandée : Passy. Mais pas possible avant 4 ou 5 mois. Le malade renonce à cet établissement. On cherche du côté de l'Association métallurgique et minière, le 11 décembre 1936. Impossible avant fin Janvier. Le malade renonce. Demande faite pour Saint-Hilaire-du-Touvet. Pour cela on passe par l'O. P. H. S. Le malade est désigné pour Arnières par l'O. P. H. S. Le malade doit entrer à Arnières le 1^{er} février 1937, mais comme on lui avait dit qu'il avait besoin d'une cure d'altitude, il refuse. Finalement, il part à Leysin par les Assurances Sociales, le complément étant payé par la mère.

M... Suzanne, entrée dans le service le 12 octobre 1935. Le médecin chef demande pour cette malade l'Hay-les-Roses. L'O. P. H. S. veut l'envoyer à la Tuyolle. De multiples démarches sont nécessaires pour que la malade ne parte pas à la Tuyolle. Le résultat est que la malade reste dans le service jusqu'au 12 avril 1936, puis rentre dans le service le

18 mai 1936 pour en ressortir le 17 janvier 1937, rentrant chez elle en attendant son départ au sanatorium.

Pour les enfants la situation est plus difficile encore. On peut lire ceci dans le rapport 1935 de Monsieur de FONTENAY au Conseil Municipal : « Je note avec tristesse que 67 enfants tuberculeux de moins de 4 ans n'ont pu être placés faute d'établissements appropriés à leur état ». La Ville de Paris ne peut envoyer ces petits tuberculeux que dans un seul sanatorium d'altitude par l'A. P. Roc de Fiz, et depuis très peu de temps à Briançon par l'O. P. H. S. A Roc de Fiz, l'établissement tout en ayant 150 lits dont 10 à l'A. P. demande un délai de 5 à 6 mois pour les admissions privées et de 6 à 8 mois pour les admissions par l'A. P.

On ne sait pas non plus où envoyer les tuberculeux mixtes, osseux et pulmonaires par exemple. Le seul Odeillo est bien insuffisant. Si la radiographie pulmonaire du petit malade qui aurait été envoyé à Berck montre des lésions, alors évidemment on ne peut plus l'envoyer à Berck. Il y a bien des chances pour qu'il reste indéfiniment dans la salle de chirurgie générale où le diagnostic a été fait. « Les malades atteints de lésions pulmonaires encore évolutives associées à des lésions extra-pulmonaires : lésions osseuses ou ostéo-articulaires plâtrées, supurations ganglionnaires, ne sont admis ou gardés dans aucun sanatorium... La cure d'altitude ou d'insolation pourtant si utile pour eux est donc irréalisable pour ces malades ». Docteur Etienne BERNARD.

Pour les nourrissons et enfants de moins de 4 ans, il existe de très grosses difficultés de placement. 1 seul sanatorium : Brévannes « 50 % ont dû attendre plus de 2 mois et jusqu'à 5 mois à partir du moment où leur état nous paraissait justifier leur départ à la campagne. Le placement en préventorium est plus difficile encore. Aucun n'a pu être obtenu en moins de 3 mois et demi par l'O. P. H. S.; 4 enfants seulement ont pu partir; tous les autres ayant été repris par leur famille découragée par cette longue attente ». A l'opposé il y a des vieillards que l'on n'accepte pas dans les hospices de Vieillards ou des asiles de chroniques, parce qu'ils sont bacillifères de temps en temps. Monsieur le Docteur Etienne BERNARD dans son rapport sur la situation de 500 femmes tuberculeuses entrées à la Salpêtrière en 1934-1935 en dénombre une douzaine dans son service. L'une d'entre elle occupe un lit depuis 7 ans. Et il déclare que « Le danger que ces malades pourraient faire courir à leurs voisines dans un asile de vieillards ou dans un asile de chronique nous semble d'un ordre très réduit ».

En résumé : en ce qui concerne les malades originaires de Paris, il nous semble utile, pour pouvoir les envoyer plus rapidement dans le sanatorium qui leur convient, de simplifier encore les formalités administratives, de grouper tous les tuberculeux des hôpitaux dans les centres de triage, d'augmenter le nombre de lits des sanatoria d'altitude et des sanatoria pour tuberculeux mixtes, des établissements pour enfants et nourrissons.

Pour les provinciaux et les malades de banlieue, le problème est plus complexe. On sait en effet que chaque département possède ses propres établissements de cure. Les départements, les communes refusent parfois de payer pour un malade placé dans un sanatorium d'un autre département, à moins qu'il ne se soit réservé dans ce sanatorium un certain nombre de lits fixe. La conséquence de cet état de choses, c'est d'abord qu'à côté d'un sanatorium plein où on refuse des places, le sanatorium voisin qui répond à des indications analogues possède des lits disponibles. Ensuite le département ne peut pas avoir des établissements de cure répondant bien à toutes les indications.

Observations de Monsieur Etienne BERNARD.

Mlle Germaine R..., âgée de 16 ans est orpheline. Elle a son domicile de secours dans le Morbihan, département où sont décédés ses parents. L'état de la malade justifie selon nous un sanatorium d'altitude. Nous la proposons pour Hauteville. La proposition est envoyée à la Préfecture du Morbihan. Celle-ci veut bien placer la malade dans un sanatorium du département, mais elle refuse le sanatorium d'altitude que nous avons proposé. Nous faisons valoir le point de vue médical. Au bout de 6 mois, la malade attend toujours.

Les complications administratives sont nombreuses. Si un provincial tombe malade à Paris, il faut écrire à son département qui répond plus ou moins vite, est parfois obligé de demander à un autre départe-

ment s'il a des lits disponibles dans son sanatorium, etc... Ces lenteurs existent même lorsqu'un tuberculeux domicilié dans la Seine habite Paris. Les dossiers circulent entre la Préfecture, la Mairie, les A. S., les fédérations mutualistes, les différentes organisations charitables et le résultat est que le tuberculeux reste à l'hôpital.

B... Charles, Impasse Auguste, à St-Ouen. Proposé pour Berck, le 11 octobre 1934. La mère va à la mairie, croit l'A. M. G. accordée, et le bureau dit à l'assistante sociale que le dossier est à la Préfecture depuis le 9 novembre. Le 26 février 1935, démarche de l'Assistante sociale à la Préfecture. Le dossier est arrivé. Elle téléphone à la mairie de Saint-Ouen où le dossier est en panne, car on vient de s'apercevoir que le père est assuré social. On demande prise en charge rue de Dunkerque qui répond 1 mois après, que le père est affilié à la Fédération Mutualiste. Le 4 avril 1935, la Fédération refuse à la mère la prise en charge de son enfant sur simple certificat de présence à l'hôpital; elle demande à voir l'enfant. Le 16 avril 1935, l'assistante sociale porte à la mairie de Saint-Ouen certificat de présence attestant que l'enfant étant hospitalisé depuis 7 mois les Assurances sociales ne jouent plus. On promet de constituer le dossier; celui-ci arrive à la Préfecture le 17 avril. Le 7 mai, l'assistante fait une démarche à la Préfecture : le dossier est reparti ce jour à l'A. P. Le 14 mai, l'enfant n'est pas encore parti.

O... Emilienne. Domicile de secours Haute-Marne. Proposition départementale faite le 12 février. Aucune réponse le 14 mai.

D... Emile, rue Victor-Hugo, Levallois. Proposé en même temps pour Gradignan et Hendaye le 1^{er} mars. L'A. M. G. allait être accordée en complément des A. S., quand le 5 avril on déclare à l'assistante sociale que l'A. M. G. est supprimée et qu'il faut refaire un placement par l'O. P. H. S. Le 14 mai,

l'enfant doit partir pour Gradignan par les A. S. pour 72 jours, les parents payant le complément, car ils renoncent à de nouvelles démarches à l'A. M. G. et à l'O. P. H. S.

B... Andrée, rue de Percy, Gentilly. Proposée pour Berck, le 31 janvier 1935. Le 3 avril 1935, l'Assistance sociale réclame à la Préfecture qui déclare attendre toujours la réponse de la Mairie. Le 16 avril, l'assistante réclame à la Mairie qui assure qu'elle envoie le jour même le dossier. Le 14 mai rien de changé.

C... Roland, Bd Jean-Jaurès, Boulogne. Proposé pour Berck en Mai 1935. Enfant suivi par le service social depuis plusieurs mois. L'Assistante téléphone à l'O. P. H. S. pour l'avertir du placement au point de vue administratif. La visiteuse de l'O. P. H. S. répond qu'elle va visiter la famille et la prendre en charge au point de vue social : donc double emploi.

D... Marcelle, 16 ans et demi. Hospitalisée le 8 août 1933. Le 12 août, P. A. Le 6 décembre 1933 demande de placement par département (Haute-Marne). Pas de réponse. Le 20 février 1934, le chef de service écrit au Préfet de la Haute-Marne. Le 27 février, réponse du Préfet. La demande d'A. M. G. est refusée : En effet, le père est fonctionnaire, il est éclusier; la mère ne travaille pas; la malade a un frère de 14 ans et demi qui est employé de bureau, 1 sœur mariée, 2 sœurs et 1 frère écoliers. Le 16 mars 1934, on écrit au dispensaire de Saint-Dizier pour demander une aide afin de placer Marcelle. Le 31 mars 1934, on reçoit une nouvelle lettre du Préfet, qui informe le médecin chef de service que l'A. M. G. est accordée sur nouvelle intervention de sa part. Le 7 avril 1934, la malade quitte le service pour se rendre au sanatorium, mais son état est très aggravé.

B... Gabriel, né le 17 janvier 1901. En Juillet 1932, il aurait eu une pleurite, puis il fut hospitalisé au sanatorium de Neufmoutiers en Brie, de Juillet 1932 à Mai 1934, puis à

l'Hôpital de Saint-Quentin, de Mai 1934 à Août 1934. Domicile de secours : St-Quentin. Entre dans le service, le 27 octobre 1934 avec pneumothorax, liquide, abcès froid sur le trajet de la ponction. Thoracoplastie ? Le malade est traité. 10 mars 1935, proposé pour sanatorium. 3 avril 1935, demande transmise au département de l'Aisne. 27 juillet 1935, après nombreuses lettres de l'assistante sociale, lettres du chef de service au Préfet. Le 6 août on reçoit dans le service une lettre du Préfet : Il a reçu copie, le 11 juillet, de la délibération du Conseil municipal de St-Quentin accordant l'A. M. G. pour quatre mois. Il déclare envoyer les papiers du malade pour son transport gratuit à Villiers-sur-Marne, le 12 août. Le malade n'a rien reçu le 12 août. L'assistante sociale va voir au bureau de l'A. M. G., à l'A. P. On ne sait rien. Par hasard, dans un autre bureau, où elle était appelée pour une autre affaire, elle découvre le dossier de M. B... qu'on allait renvoyer à la Préfecture de l'Aisne, ne sachant pas à qui l'adresser. Le 14 août, le malade part au sanatorium.

M. Andrée, née le 4 mars 1916. Domicile de secours dans l'Eure-et-Loir. Entre dans le service, le 22 mai 1935. Demande de placement faite le 17 juin. Aurait été transmise le 25 juin au département. Malgré de très nombreuses démarches pour accélérer ce départ, M. M... ne part que le 7 novembre 1935.

D... Odette, âgée de 20 ans, entre dans le service, le 6 juillet 1934. Le 30 juillet, une demande est faite au domicile de secours : Doubs. Le 7 août 1934, l'assistante sociale écrit à l'infirmière visiteuse d'hygiène sociale de Pontarlier; celle-ci va à la Mairie et à la Sous-Préfecture; aucune des deux n'a rien reçu. Le 27 août, l'assistante sociale adresse à l'I. V. H. S. le double de proposition pour dispensaire de Pontarlier. Le 19 octobre 1934, elle écrit au dispensaire de Pontarliers pour demander des nouvelles de l'admission de Mlle D... au sanatorium. Le 2 novembre 1934, la malade part enfin au sanatorium. La malade n'a attendu que 3 mois son placement et on observe ici un placement très accéléré par l'assistante sociale qui a fait de multiples démarches.

Lorsqu'un sujet venu de province travaille à Paris, son domicile de secours n'est Paris qu'un an après sa majorité. Son domicile de secours est celui de ses parents. S'ils sont séparés celui du chef de famille. S'ils sont morts tous deux, celui du dernier mort. Qu'arrive-t-il ? Monsieur RIST l'a résumé : « Il y a à Paris quantité de mineurs dont les parents habitent en province. Ces jeunes gens travaillent dans la capitale. Quand ils deviennent tuberculeux il faut se retourner vers une commune lointaine qui a perdu le souvenir de ses enfants partis au loin. Les parents peuvent même être morts et on a affaire dès lors à des orphelins. Mais du fait que les parents ont habité tel ou tel endroit, le domicile de secours reste le même. Pendant que les mois passent, la maladie s'aggrave et l'on n'arrive pas à faire admettre ces malheureux en sanatorium. »

Voici deux observations de Monsieur Etienne BERNARD :

Mlle Tex., âgée de 22 ans, entre dans le service le 21 juin 1935. Tombée malade entre 21 et 22 ans, elle a conservé le domicile de secours de ses parents qui habitent un petit village de la Charente. Une proposition sanatoriale établie en sa faveur le 4 novembre 1935 est transmise le 16 janvier 1936 au Préfet de la Charente. Plusieurs réclamations faites au Préfet et au Maire de la commune sont restées sans résultat. Au bout de 3 mois, lassée d'attendre, la malade a quitté notre service. Son état nécessiterait pourtant des soins très sérieux.

Mlle Thérèse B..., est âgée de 22 ans. Elle travaille à Paris

depuis plusieurs années. Mais comme elle tombe malade étant encore mineure, elle a conservé le domicile de secours de ses parents qui habitent à Ste-Geneviève, en Seine-et-Oise. Une proposition sanatoriale est établie pour elle en Décembre 1934 par l'hôpital Beaujeon et transmise par l'A. P. à la Préfecture de Versailles, le 10 janvier 1935. Cette proposition est transmise immédiatement au maire de la commune de Sainte-Geneviève. Or, le 15 mars 1936, c'est-à-dire au bout de 15 mois, le Maire de Ste-Geneviève n'a pas encore pris de décision, bien que nous ayons adressé au sujet de cette malade, de multiples réclamations à l'A. P., au Préfet de Seine-et-Oise, au Maire de la commune,

Bien entendu, les difficultés que soulève le domicile de secours, lorsqu'il s'agit de placer un tuberculeux encore mineur se retrouvent lorsque le mineur est convalescent, incurable ou a un besoin d'un placement quelconque.

Il nous semble donc que ce serait une grosse simplification que d'enlever aux départements et aux communes ainsi qu'aux administrations privées le soin de placer les tuberculeux. Une organisation unique pour toute la France signifierait une bien plus grande rapidité dans le placement des tuberculeux, une économie de travail et d'argent. De toutes façons dans l'organisation actuelle c'est la collectivité qui supporte en dernier ressort les frais de l'organisation de la lutte antituberculeuse; en raison de la rapidité du placement et du plus grand nombre d'établissements de cure parmi lesquels le médecin pourrait choisir pour envoyer ses malades, une organisation centrale de la lutte antituberculeuse en France assurerait une plus grande efficacité à cette

lutte et permettrait d'importantes économies. La question est d'importance : « sur les 10.400 provinciaux qui ont été traités à Paris en 1935, il y en a 2.600, exactement le 1/4 pour lesquels les départements ont refusé de payer les frais de séjour, certains ne répondant même pas aux demandes qui leur ont été adressées » écrit Monsieur de FONTENAY. L'Etat n'est pas resté indifférent devant ces conflits. Par exemple, le 31 octobre 1935 un décret-loi institue l'arbitrage du Ministre de la Santé publique lorsque la détermination du domicile de secours du tuberculeux soulève un conflit entre deux collectivités. « Ce décret, écrit Monsieur de FONTENAY, n'a donné lieu jusqu'à présent (décembre 1936) qu'à deux applications. D'ailleurs il n'a pu fonctionner régulièrement dans ces deux cas, les départements en conflit avec l'A. P. de Paris n'ayant pas reconnu la décision prise par le Ministre ».

CHAPITRE V

LES CONVALESCENTS

Nous en arrivons maintenant au 3^e groupe de malades auxquels il importe de ne pas laisser faire un trop long séjour dans les hôpitaux : les convalescents. Nous n'envisagerons pas seulement dans ce chapitre le cas des sujets qui ont besoin de 15 jours-3 semaines de repos pour se remettre définitivement d'une affection aiguë; mais aussi le cas de ceux qui ont besoin d'un repos de quelques mois pour se remettre d'une affection subaiguë, ou de l'épisode aigu d'une affection à tendance chronique. Il est certes utile de ménager une convalescence à un malade qui vient de faire une broncho-pneumonie par exemple. Lorsque sa température s'est stabilisée et qu'il ne fait plus de poussée aiguë, si ce malade retournait dans son foyer sans qu'on s'occupa de lui, il risquerait, encore faible, en état de moindre résistance, de se remettre mal, de n'être plus capable de vaincre dans la lutte pour la vie.

Mais d'autre part, un malade qui vient de faire une pleurésie a absolument besoin d'un repos de plusieurs mois. De même une femme atteinte de salpin-

gite a besoin d'un long repos partiel après la période durant laquelle elle est restée alitée avec de la glace sur le ventre. Une épiphyse tuberculeuse isolée, primitive, unilatérale, peut n'être pas opérée si le malade peut se reposer quelques mois. A côté des convalescences d'une quinzaine de jours, il faut envisager pour un certain nombre de cas des convalescences plus longues, de quelques mois.

Enfin, dans cette thèse de médecine sociale, nous n'entendrons pas par convalescence seulement le repos surveillé de malades apparemment guéris, mais aussi le traitement à longue durée d'affections évoluant lentement vers la guérison. Par exemple : un enfant plâtré pour coxalgie peut ne pas rester des années dans un centre hospitalier à condition qu'un médecin le voit de temps en temps et puisse être appelé au besoin au chevet de cet enfant dont les parents sont indigents.

Nous parlerons d'abord des convalescents qui ont souffert d'une affection aiguë, et nous séparerons parce que les problèmes sociaux sont un peu différents, les adultes des enfants.

Il est bien clair qu'il faut s'efforcer de ne pas laisser faire aux malades leur convalescence à l'hôpital. Ils occupent un lit pendant quinze jours durant lesquels ils n'ont pas besoin de soins constants. Le médecin chef de service et ses élèves le regrettent, eux qui aimeraient soigner un nouveau malade dans ce lit. L'assistance publique le regrette, parce qu'un malade à l'hôpital coûte 40 francs par jour, et dans un éta-

blissement de convalescence 20 francs environ. D'autre part le malade se rétablira moins vite sur un brancard, dans l'atmosphère de l'hôpital, que dans un lit, dans un rétablissement de convalescence de grande banlieue.

Pour les adultes, l'A. P. tient à la disposition des convalescents, le Vésinet pour les femmes, St-Maurice pour les hommes. De plus, pendant l'été les jeunes filles peuvent aller à Pontourny. Il existe un certain nombre de lits dans des institutions privées pour une vingtaine de francs par jour environ. De tels établissements semblent bien suffisants pour beaucoup de malades médicaux. L'inconvénient c'est qu'on est obligé d'envoyer dans ces établissements toutes les catégories de malades. On y envoie des cardiaques qui ne peuvent pas suivre leur régime ni appliquer les règles d'hygiène qui leur seraient utiles. On y envoie des convalescents de néphrite et ces malades non plus ne peuvent pas suivre de régime.

Mais surtout des difficultés se présentent lorsqu'il s'agit d'envoyer des malades chirurgicaux en convalescence. Il y a Chantilly, fondation privée qui compte bien peu de lits. Broca en temps qu'établissement de convalescence chirurgicale vient de s'ouvrir. Mais l'inconvénient reste le même. L'A. P. administration ayant un budget autonome a tendance à faire le moins de dépenses possible. Pour elle les établissements de convalescents sont des lieux où l'on place d'anciens malades qui ne peuvent pas encore travailler. Pour l'administration, le principal intérêt de

ces établissements est que la journée de malade y est moins chère qu'à l'hôpital. Il s'agit donc de mettre dans ces établissements de convalescence le moins possible de personnel infirmier et de personnel médical. On n'accepte donc pas les malades qui ont besoin de pansements renouvelés chaque jour ou tous les 2 ou 3 jours. Conclusion : certains malades resteront des mois dans des services de chirurgie générale simplement parce que ce sont des suppurants chroniques ayant besoin d'un petit pansement tous les deux jours. Evidemment ils coutent très cher à l'hôpital, mais l'administration considère que les Etablissements de convalescence devant rester très bon marché, on ne peut y recevoir de suppurants.

Même situation en ce qui concerne les malades ayant besoin uniquement d'un traitement électrique. Ces malades restent des mois dans les hôpitaux parce que on ne peut pas faire les frais de l'installation nécessaire dans les établissements de convalescents, et qu'on ne veut pas leur donner les 10 ou 12 francs par jour qui leur permettraient de rentrer chez eux pour venir seulement aux soins gratuits.

Pour les mêmes raisons, on n'accepte pas dans les « convalescences » de l'A. P. les malades qui viennent de faire un épisode aigu de dilatation des bronches. Qu'ils restent des mois à l'hôpital ! mais dans les établissements de convalescence on ne prend pas de suppurants.

Les maisons de convalescence privées pour des raisons à peu près analogues à celles qui poussent

l'Assistance Publique ne prennent pas de suppurants. Bien rares sont les exceptions.

La situation faite au cancéreux peut soulever des problèmes qui nous mènent loin hors du cadre de cette thèse. C'est une situation de fait que dans nombre d'hôpitaux des salles de malades aiguës sont transformés en salles de cancéreux inopérables. Il est très délicat de créer des centres de tels cancéreux, hospices qui auraient très rapidement une réputation par trop fâcheuse. Si des convalescences chirurgicales étaient organisées on pourrait diriger ces cancéreux vers de telles formations; seulement ils risqueraient d'occuper la place de malades qui eux bénéficieraient de la convalescence. La question se pose surtout pour les cancéreux entre deux interventions. Ces malades dont l'état ne nécessite pas une surveillance médicale quotidienne, restent, s'ils n'ont pas assez d'économies pour rentrer chez eux, des mois dans un service de chirurgie générale, encombrant les salles et coutant fort cher à l'A. P., alors qu'ils seraient beaucoup mieux dans un établissement de banlieue sous une surveillance médicale moins étroite qu'à l'hôpital.

Il semble donc que l'on peut opposer à l'ancienne conception d'établissements de convalescence où l'on envoie des malades très différents les uns des autres et où chacun d'eux est peu surveillé, des établissements où entrent seulement telle ou telle catégorie de malades. Dans le 1^{er} cas, nos convalescents ne peuvent recevoir aucun soin; ils suivent mal leur régime. La convalescence est essentiellement un lieu

où les sujets vivent quelques semaines sans travailler. Dans le second cas, le malade est médicalement surveillé; il peut suivre son régime; il peut recevoir des soins assez simples : pansements du suppurant chronique, traitement électrique de longue durée, piqûre d'insuline s'il s'agit d'un diabétique qui a fait une petite infection, cacodylate pour un malade encore fatigué, auto-vaccination pour certaines dilatations des bronches, traitements variés qui n'ont pas besoin d'être suivi quotidiennement par un médecin. On pourrait envoyer rapidement les malades des hôpitaux dans ces établissements de convalescence; il serait possible de surveiller le régime et le genre de vie des convalescents, et de leur apprendre à suivre les conseils de leur médecin. Les convalescences aiguës pourraient être ainsi des endroits où les malades apprendraient à se soigner.

D'une façon beaucoup plus accessoire, il est certain que l'on pourrait diminuer souvent la durée du séjour des malades à l'hôpital, surtout des malades chirurgicaux en faisant faire avant leur entrée dans le service des examens qu'on sait nécessaire. Par exemple quand certains chefs de service voient à leurs consultations une malade qui vient pour fibrome, comme avant l'opération on fera de toutes façons une prise de sang pour rechercher le taux de l'urée sanguine, ils font faire cet examen avant d'admettre la malade dans leur service. La durée du séjour à l'hôpital est ainsi diminuée parfois d'une semaine.

Pour les enfants l'organisation de convalescence

spécialisée présente le même intérêt que pour les adultes. De plus les enfants qui font un long séjour à l'hôpital risquent de contracter une maladie contagieuse; à un moment où l'enfant est convalescent d'un épisode aigu, donc en état de moindre résistance, il est regrettable qu'il soit exposé à contracter rougeole, coqueluche, etc...

D'autre part, pour les enfants et les nourrissons un problème se pose avec plus d'acuité que pour les adultes, c'est le sort des grands plâtrés. Un enfant plâtré pour luxation congénitale double, par exemple, va occuper pendant des mois un lit dans une salle de médecine générale. Il sera mal, matériellement (modification du régime alimentaire, changement des habitudes de vie) et moralement. En général, l'enfant loin de sa famille est beaucoup plus malheureux que dans sa famille, près de sa maman. Les parents risquent de prendre l'habitude de vivre sans lui, et lui risque de prendre de mauvaises habitudes. Il ne nous semble guère nécessaire de donner de tristes exemples à l'appui de remarques si évidentes. Pour les petits plâtrés plus que pour n'importe qui il faut envisager un secours à domicile. On devrait pouvoir donner une certaine somme aux parents, somme qui permettrait à la mère de ne plus travailler momentanément pour soigner son enfant ou bien de prendre une garde, somme qui lui permettrait de subvenir aux frais supplémentaires qu'entraîne la maladie; et il faudrait en même temps organiser une surveillance médicale gratuite à domicile avec une bonne

liaison du médecin de l'A. M. G. et des médecins de l'hôpital.

Voici quelques exemple qui montrent ce qu'on peut obtenir dans cet ordre d'idées. Nous les devons à l'amabilité du service social à l'hôpital :

Un enfant ayant un plâtre après fracture du bras, ne pouvait rentrer chez lui où il n'avait qu'un petit lit qu'il partageait avec un autre enfant. Le service social a pu donner le lit nécessaire.

Bébé avec une jambe en extension et dont les parents ne pouvaient s'occuper a pu être installé chez une tante à proximité de l'hôpital et l'assistante sociale va régulièrement le visiter. Elle a pu l'installer en extension dans un berceau ancien dont elle a fait fixer la barre au mur.

Enfant plâtré pour luxation congénitale, qui depuis 4 mois à l'hôpital, avait déjà pris la rougeole et la coqueluche, et avait un mauvais état général a pu être repris par une de ses tantes. La mère étant seule, nous avons pu obtenir 100 fr. de secours mensuels des Enfants Secourus (bien que l'enfant ait plus de 3 ans) pour permettre à la tante de prendre une aide pour garder l'enfant pendant les heures de travail. Nous avons pu aussi lui procurer une voiture qui lui permet de promener l'enfant; grâce à cela, l'enfant est déjà transformé en 8 jours.

Nous en arrivons à la 3^e catégorie de convalescents; il s'agit des malades qui ont fait un épisode aigu et qui ont besoin d'un long repos. Ce sont d'abord des formes de début de tuberculose localisée, curables définitivement par le repos : pleurésie tuberculeuse, épiphydydimite tuberculeuse. La question se pose toujours de la même façon : ces sujets n'ont pas besoin

d'un long repos absolu, mais seulement d'un long séjour à la campagne durant lequel ils pourraient faire un travail peu fatigant. Ce sont toujours les mêmes difficultés qui se présentent : réadaptation professionnelle souvent nécessaire, rémunération du travail, vente des produits du travail. Combien de tuberculeux pulmonaires sont condamnés, dans les antécédents desquels on retrouve une pleurésie non suivie de convalescence ! Il faut d'ailleurs reconnaître qu'à l'heure actuelle, si le médecin pense, dès que la pleurésie arrive dans son service, aux formalités qui seront nécessaires pour placer la pleurésie guérie, le malade ne restera pas longtemps dans le service après sa guérison.

Les malades souffrant de salpingite, après leur poussée aiguë, fébrile, ont besoin d'une convalescence, repos complet pendant quelques mois. Là comme ailleurs les différents bureaux se renvoient le soin de subvenir aux frais qu'entraîne cette convalescence.

Mme D... Marthe, 34 ans; son mari est assuré social (Fédération mutualiste), elle a deux enfants, l'un de 3 ans et l'autre de 16 mois. Diagnostic : salpingite. Le 20 octobre 1933, la malade est signalée à l'assistante sociale du service par le médecin chef de service. Elle doit rester étendue pendant au moins deux mois. L'assistante fait les démarches auprès des A. S.; elle fait des démarches à la maison de santé d'Issy-les-Moulineaux. On consent à recevoir la malade (15 francs par jour : les A. S. donnent 12 francs; les 3 francs restant ont été obtenus : 2 francs par la Caisse de Compensation de la région parisienne et 1 franc par les amis d'Ambroise Paré). Le même jour, l'assistante, très active fait des démarches au

siège social de la Fédération mutualiste de la Seine. Tous ses papiers étant en règle, la malade passera la contre-visite le 27 octobre. Mme D... sort de l'hôpital le 21 octobre. Elle rentre chez elle où elle attendra son départ qui ne peut tarder pense-t-on. Le 27 octobre, Mme D... a passé la contre-visite. Elle est prise en charge, mais on la propose pour Cannes-Ecluse alors que tout était prévu pour Issy-les-Moulineaux. De plus, le prix de la journée à Cannes-Ecluse est de 20 frs alors qu'il n'est que de 15 frs à Issy-les-Moulineaux. Le voyage coûte 20 frs pour Cannes-Ecluse, il est nul pour Issy-les-Moulineaux. Le 28 octobre, l'assistante sociale immédiatement alertée fait des démarches à la Fédération Mutualiste. Elle expose la situation. Après bien des difficultés, elle obtient le changement de séjour. Mais la malade n'entre à Issy-les-Moulineaux, que le 13 novembre 1933.

Nous voyons ici un cas spécialement suivi par une assistante sociale. C'est un succès du service social à l'hôpital. En fait, nombre de malades restent 1 mois ou plus à l'hôpital, puis rentrent chez elles et reprennent leur travail sans être entièrement refroidies, d'où récidence.

Pour ces malades aussi il serait nécessaire d'envisager, une fois le repos complet terminé, l'envoi à domicile d'une femme de ménage pour les gros travaux, et il serait nécessaire de leur trouver un travail assis. Ainsi l'on pourrait éviter de voir revenir tous les 6 mois dans les consultations de chirurgie des femmes qui souffrent et qu'on ne veut pas ovariectomiser parce qu'elle sont trop jeunes.

En résumé, la convalescence n'apparaît pas de nos jours comme totalement distincte du traitement, ni totalement distincte de la vie normale. Repos de 15

jours à la suite d'une affection nettement aiguë (grippe); Repos prolongé pour éviter le retour aggravé de la même affection (pleurésie pour éviter tuberculose pulmonaire); Traitement prolongé pendant les années qui sont nécessaires à un processus de guérison très lente (coxalgie); Traitement d'entretien (rhumatisme articulaire aigu); Hygiène et régime au cours d'affections chroniques, il n'y a pas de démarcation nette entre ces différentes modalités de lutte contre la maladie. Pendant la convalescence, le malade a encore besoin de quelques soins, il apprend à suivre le régime et les règles d'hygiène qui lui conviennent, il peut déjà travailler un peu. Pour les convalescents plus que pour tout autre, la médecine ne se conçoit pas sans le service social, et le service social sans la médecine. C'est par une symbiose toujours plus étroite du service médical et du service social qu'on peut arriver à accélérer le départ des malades en convalescence, à éviter le retour des malades dans les hôpitaux.

CHAPITRE VI

CONSIDERATIONS GENERALES

Les problèmes qui ont été évoqués au cours de cette thèse, les exemples qui ont été donnés, permettent de se rendre compte de l'importance du rôle que joue le problème social dans l'art de guérir. Jadis la médecine était intimement liée à l'aide aux misérables. Il y a quelques générations encore, le médecin de famille connaissait bien la situation sociale de ses malades, leurs conditions d'existence et il tenait compte de ces données lorsqu'ils les conseillait. Aujourd'hui les méthodes de la médecine se sont approfondies, les examens de laboratoires jouent un rôle important dans l'établissement du diagnostic, la thérapeutique plus riche utilise une instrumentation plus complexe; on envoie les enfants à la mer ou à la montagne. La médecine tend à se diviser en spécialités; dans nos hôpitaux passent des centaines de malades dont on ne connaît que très mal les conditions d'existence. Le médecin a tendance à être amené de par sa spécialisation même à ignorer les questions sociales. Mais il conçoit chaque jour da-

vantage la nécessité de renouer les liens entre la médecine et l'assistance.

A l'heure actuelle on ne peut pas plus ressusciter l'ancien médecin de famille que l'on ne peut remplacer les filatures modernes par le rouet de nos grand-mères. Il ne s'agit pas de revenir aux formes anciennes de la conception de la médecine, il s'agit de trouver à l'exercice de la médecine des formes nouvelles adaptées à notre technique. Le Service Social à l'Hôpital s'efforce de créer cette symbiose entre la médecine et l'assistance. Il est certain que les assistantes sociales obtiennent de très beaux résultats. Nous avons eu l'occasion de citer au cours de cette thèse de belles réalisations du S. S. H. Nous nous permettrons d'en citer quelques autres.

M. W..., entre à l'hôpital pour tuberculose pulmonaire au début. Son état nécessite surtout une longue cure de repos. C'est un japonais de 22 ans, se disant étudiant, mais parlant très mal français. L'assistante ne peut même pas avoir de lui les renseignements qu'elle désire. Personne ne vient le voir.

L'assistante fait une démarche à la légation du Japon. Elle demande d'avoir les secours d'un interprète et d'autre part, soit des fonds pour le faire soigner dans un sanatorium, soit son rapatriement.

Un employé de la légation vient à l'hôpital; il reconnaît dans notre malade, le jeune homme que la légation recherchait sur la demande de sa famille. Son père qui est fonctionnaire occupe une bonne situation dans son pays. Il a envoyé son fils en France pour des études, mais celui-ci d'un

caractère dissipé n'y faisait rien. Actuellement, la famille réclamait son retour au Japon; l'argent du voyage avait été envoyé une première fois; le fils l'a dépensé; il a quitté ensuite son domicile et menait une vie misérable. La légation ignorait où il se trouvait. L'assistante a donc pu mettre la légation sur la trace du jeune homme et servir de liaison entre la famille est lui. Les formalités de rapatriement ont été accomplies rapidement et il est retourné auprès de son père. On a évité ainsi de longs mois d'hospitalisation.

Mlle Suzanne R..., 13 ans, envoyée à la consultation de chirurgie orthopédique par l'assistante sociale du service de cardiaque où elle est soignée. Le chef de service diagnostique une coxa vara au début. Etant donné l'état cardiaque de la malade, il conseille de la mettre en extension continue pour trois mois, mais n'envisage pas un traitement chirurgical.

Famille : mère 45 ans, veuve, fait de la couture à domicile.

Sœur de 15 ans, apprentie, gagne 75 francs par semaine.

2 autres enfants, 11 et 9 ans qui vont régulièrement à l'école.

Ressources de la famille :

Aux faibles gains de la mère et de la fille aînée s'ajoute l'allocation des familles nombreuses, soit 100 francs par mois. De plus, la famille est inscrite à l'A. M. G.

L'hospitalisation de Suzanne présente plusieurs inconvénients : enfant très jeune pour être soignée longtemps dans un service d'adultes. Enfant très affectueuse qu'un séjour à l'hôpital, loin de sa famille effraie. De plus, un lit d'hôpital sera immobilisé pendant 3 mois.

L'assistante sociale enquête : Suzanne peut être soignée chez elle par le médecin du bureau de bienfaisance qui suit la famille depuis 8 ans. Il pourra installer et surveiller l'extension de la fillette. Quelques modifications doivent être faites au logement. Un lit-cage est installé dans la pièce la mieux aérée. Pour 1 mois, on loue un appareil d'extension. Puis un voisin en fabrique un pour éviter les frais. De plus,

l'assistante aide la famille avec quelques envois d'épicerie.

Suzanne est mise au repos. L'assistante établit la liaison avec la maîtresse de classe qui accepte de la faire continuer à travailler pour qu'elle ne s'ennuie pas. De plus, Suzanne travaille et gagne un peu en faisant quelques tricots pour les pouponnières de Mme de B..., patronne de sa mère. Madame de B... s'intéresse à cette famille : tous les ans, elle la fait partir à la campagne par l'œuvre de Mlle Korn. Suzanne ne voudrait pas être un obstacle au départ, car sa mère est si fatiguée qu'un séjour à la campagne lui est indispensable.

Les 3 mois écoulés, Suzanne repasse à la consultation. Elle va beaucoup mieux, son extension est supprimée et elle peut partir à Orival avec sa famille, à condition de faire beaucoup de chaise-longue là-bas.

Mlle B... Marthe, lingère, âgée de 32 ans, célibataire, habite chez ses parents, n'est pas A. S. Diagnostic, mal de Pott. Le 16 octobre 1933, la malade est signalée à l'assistante sociale par la consultation externe, comme devant entrer à l'hôpital. En fait, on peut la suivre à domicile en attendant son départ pour Berck. L'assistante surveille la température. Elle fait adapter le lit à la malade (planche sous matelas). Le 17 octobre 1933, l'assistante visite Mlle D... Elle insiste pour que sa malade soit couchée à plat, met des rallonges de tables de salle à manger sous le matelas. Ce même jour, elle remet les certificats médicaux nécessaires au départ de Mlle D... Elle fait une démarche à la mairie pour obtenir l'A. M. G. en vue de son placement. Elle fait une nouvelle visite, le 18 octobre; Mlle B... souffre du côté droit du thorax. De même le 24, le 25, le 26. Le 30 octobre, le médecin de l'hôpital demande à la voir. Le 2 novembre, Mlle B... est hospitalisée. Le 12 novembre, une radiographie est faite. Mlle B... est jugée apte à retourner chez elle en attendant son départ pour Berck qui ne saurait tarder. L'assistante continue à la suivre jusqu'à son départ. Mais Mlle B... désirerait beaucoup rentrer à l'hôpital. En effet, elle vit avec ses parents, sa sœur et son beau-frère dans un appartement de 3 pièces.

Ces réalisations sont très belles. Mais évoquant le mot d'une directrice du S. S. H., elles ne sont « qu'une goutte d'eau dans la mer ». On note dans les statistiques pour les 3 premiers trimestres de 1935, que :

40.536 malades ont été visités à domicile.

23.836 démarches ont été faites.

587 placements de femmes enceintes.

913 placements de femmes après couches.

205 placements de femmes pour travailler.

507 placements d'adultes pour travailler.

181 cas d'assistances pour travail à domicile.

Ces quelques chiffres pris parmi ceux qui nous ont semblé les plus caractéristiques des statistiques officielles nous montrent l'effort produit, ses résultats. De tels résultats sont très loin d'être négligeables, mais lorsqu'on pense qu'il vit environ 5 millions de personnes dans l'agglomération parisienne, on peut penser qu'il y a encore un énorme travail à fournir. De même l'Aide, les Amicales de cardiaques, ne peuvent soulager qu'un très petit nombre de malades.

Les médecins eux aussi ont un rôle actif à jouer dans cette symbiose de l'assistance et de la médecine.

Certains chirurgiens font faire les examens nécessaires avant que le futur opéré n'entre dans leur service et n'occupe un lit.

Des médecins ont organisé des œuvres d'assistance à leurs anciens malades.

Surtout, certains chefs de service tendent, en même temps qu'ils font leur diagnostic clinique à penser

au sort du malade sorti de l'hôpital. De cette façon, les formalités peuvent être remplies avant que soit terminée la période où une étroite surveillance médicale est nécessaire; le malade peut quitter beaucoup plus vite l'hôpital et être orienté vers la formation qui lui convient.

Certes, il est encore des médecins qui méprisent le « social ». Ils se feront certainement de plus en plus rares, car « il y a là une mauvaise utilisation du travail médical, un vice de fonctionnement que l'on ne peut tolérer une fois que l'on y a arrêté sa pensée. Il n'est pas logique, il n'est pas humain, ni même économique d'arrêter l'assistance aux malades au seuil du traitement » Mme NAGEOTTE.

Quels sont les obstacles auxquels on se heurte le plus fréquemment lorsqu'on veut diminuer la durée du séjour des malades dans nos hôpitaux ?

L'institution du domicile de secours gêne aussi bien le placement des vieillards que le placement des tuberculeux en sanatorium. A l'heure actuelle les services que rend cette institution ne sont pas en rapport avec les ennuis qu'elle cause. Chaque administration s'efforce de payer le moins possible, a tendance à se décharger sur d'autres administrations des besoins de l'assistance, ceux-ci étant toujours supérieurs aux sommes d'argent dont les administrations disposent pour les satisfaire. D'où toute une série de lenteurs et de contestations. La notion d'assistance communale et départementale est même dépassée par la technique moderne qui impose par exemple toute

une série de sanatoria. Des hommes remarquables ont pensé qu'il suffisait de changer le régime actuel du domicile de secours. Le domicile de secours des mineurs devrait être la ville où ils travaillent lorsqu'ils sont depuis un certain temps, le domicile du secours des adultes pourraient être automatiquement le département où ils sont hospitalisés. De telles modifications seraient évidemment souhaitables. En réalité elles sont plus difficiles à réaliser que la suppression pure et simple du domicile de secours. En effet nous avons vu que dès sa création par le Concile de Tours, le domicile de secours a été conçu pour empêcher les mendiants de vagabonder. Il a toujours gardé en fait la même signification. Louis XIV créa un Hôpital Général dans chaque ville, chaque Hôpital Général devant admettre les mendiants de sa ville et pas ceux des villes voisines. Et les hommes pris à mendier dans les rues sont condamnés aux galères. Le domicile de secours a toujours été conçu par les bourgeois des villes comme une mesure de protection contre les gueux des provinces voisines. Mais si, les villes et les départements continuant à organiser l'assistance on considère comme domicile de secours du malade le lieu où il est hospitalisé, on aboutit à un résultat opposé à celui que voulaient atteindre les hommes qui ont imaginé le domicile de secours. Et bien mieux, plus une ville disposerait de beaux sanatoria, de beaux établissements de convalescence, de beaux hospices, plus les misérables afflueraient dans cette ville. Pour lutter contre les charges toujours

croissantes qui résulteraient d'un pareil état de chose, les conseils généraux et municipaux auraient tendance à posséder les sanatoria et les hospices les plus laids possibles. Il y a antinomie entre l'assistance rationnelle et le domicile de secours. Il faut supprimer le domicile de secours et non le modifier.

Le très grand polymorphisme des services d'assistance nuit d'autre part à l'efficacité des efforts que l'on fait pour aider les misérables. A côté des réalisations de l'état (A. M. G. Assistance aux vieillards, etc.) des réalisations des villes et départements (maisons de convalescence de l'A. P., sanatoria de l'A. P., hospices de la Ville et de la Seine, maisons de retraite de provinces, sanatoria départementaux), il existe un très grand nombre de réalisations diverses, aide matérielle aux malheureux, sanatoria privés, maisons de convalescence relativement peu coûteuses. Ces réalisations sont aussi variées que nombreuses, variées dans les conceptions qui ont présidé à leur fondation (religieuses, laïques, patronales, ouvrières) variées dans les rapports qu'elles ont avec les administrations publiques (subventions plus ou moins importantes, rapports plus ou moins intimes entre leur direction et les administrations publiques). Notre système de lutte contre la misère est donc excessivement complexe; d'autant plus qu'il n'existe pas de plan d'ensemble, et qu'une coordination des efforts est très difficile. C'est une des tâches les plus importantes de l'assistante sociale d'aiguiller les malades vers telle ou telle organisation charitable et beaucoup

de leur temps est perdu en démarches récidivées. De même l'Association Internationale des Hôpitaux travaille en ce sens : « En matière de politique sanitaire il faut éviter les gaspillages d'argent et d'activité, le double emploi, l'éparpillement des efforts. Comme écrivait notre Président d'honneur M. le Docteur SAND, dans la Revue des Hôpitaux du 30 avril 1936, à propos de l'évolution du centre de santé, l'hôpital doit être la forteresse de la médecine, de l'hygiène, du service social qu'il unit en une symbiose féconde ». M. SARRAZ-BOURNET, inspecteur général des services administratifs. Dans le même ordre d'idées, on a pu lire récemment que par arrêté du 5 mars 1937, M. Henri SELIER, ministre de la Santé publique vient de créer une commission permanente de protection de la vieillesse. Elle comprendra les représentants du Parlement et du Ministère intéressé (Travail, Pensions, Santé publique) ainsi que ceux des syndicats médicaux, de la C. G. T. des collectivités locales.

Le ministre s'efforce aussi de coordonner les œuvres charitables qui intéressent la santé publique dans le département de la Seine.

Supprimer le domicile de secours, coordonner les œuvres d'assistance, ce n'est pas encore suffisant :

L'Assemblée Nationale de 1790 a, la première dans l'Histoire posé le droit qu'a tout citoyen d'obtenir les soins et l'assistance qui lui sont nécessaires. Aujourd'hui il est difficile de ne pas attribuer au service médicale un caractère de nécessité, d'obligation, sans lequel il n'a pas d'efficacité. On connaît les maladies

contagieuses; de cette notion de contagiosité découle l'obligation pour le malade de se soigner et la nécessité pour la société de le soigner. On a reconnu que certaines maladies doivent être obligatoirement déclarées et obligatoirement soignées. Mais la liste arrêtée des maladies à déclaration obligatoire repose sur des bases artificielles.

La famille L... se composait en 1934 du père âgé de 30 ans, chauffeur livreur de charbon, de la mère âgée de 25 ans et de 5 enfants. A cette époque, M. L... est déjà malade. En avril 1933, il a fait un épisode pulmonaire aigu et il est suivi depuis par le dispensaire de Montreuil. En Mai 1934, une cuti-réaction à la tuberculine a été faite aux 5 enfants. Pour tous, elle est négative.

En Juillet 1934 environ, l'analyse de l'expectoration de M. L... révèle la présence de bacilles. Dès Août 1934, le malade part au sanatorium de Bellequeue où il reste jusqu'au début d'Octobre 1934. En ce même début d'Octobre, sa fillette Jeannine âgée de 6 ans et demi meurt à l'hôpital Herold de tuberculose pulmonaire, et le 10 novembre 1934, Liliane âgée de 10 mois meurt également à Herold. L'observation porte le diagnostic de syndrome cholériforme.

Cependant, M. L... est repris en charge par le dispensaire qui fait pour lui une demande pour le sanatorium de Saint-Martin-du-Tertre. En attendant son départ, M. L... reste chez lui, chômeur et ne prend vraisemblablement aucune précaution, car le 30 mai 1935, Monique, sixième enfant, née en Février 1935 meurt. La méningite tuberculeuse est diagnostiquée. M. L... part enfin au sanatorium en Avril, mais il n'y reste que 15 jours. Une nouvelle proposition est faite qui aboutit à son entrée à Villiers-sur-Marne, le 13 janvier 1936. Il n'y reste qu'un mois. Par les soins de l'Office, trois enfants ont été placés, mais il naît un bébé le 18 mai 1936 et celui-ci meurt à son tour en Août, d'une méningite tuberculeuse. Des trois enfants qui restent, seule Yvonne, qui a pu

être placée à 18 mois, dès que son père à été bacillaire a une cuti-réaction négative. Les 2 autres enfants âgés de 6 ans et demi et de 5 ans et demi ont une cuti-réaction positive. Robert a pu être placé au Préventorium d'Orthez depuis le début de l'année jusqu'en Octobre et Odette est restée en préventorium de Janvier à Juin 1936.

M. L... est rentré le 16 septembre à Laënnec. Le dispensaire s'est de nouveau chargé de placer les 2 enfants, Robert et Odette qui étaient au foyer. Mais les parents qui avaient tout d'abord demandé le placement, s'y sont ensuite opposés et pour éviter que ces petits ne soient de nouveau en contact avec leur père qui a quitté l'hôpital le 5 octobre, ils ont été envoyé à Huisson dans la famille. M. L... est donc rentré chez lui, toujours bacillaire. Une proposition a été faite pour Champrosay, la 4^e depuis 2 ans. Conclusion : 7 enfants nés vivants et normaux, 4 morts en bas âge dont 3 de tuberculose, 3 vivants dont 2 ont une cuti-réaction positive très jeunes.

Aujourd'hui encore un tuberculeux a le droit de ne pas se soigner; il a le droit de contaminer d'autres personnes. La question est d'ailleurs très complexe, et les arguments ne manquent pas à ceux qui pensent inutile de ranger la tuberculose parmi les maladies à déclaration obligatoire.

Les malades atteints d'affection non contagieuse peuvent aussi ne pas se soigner, et bien plus souvent encore il leur est difficile de se bien soigner. Pourtant tout malade signifie un déficit pour l'Etat. Depuis longtemps on définit le but du service de santé militaire comme étant la conservation et la récupération des effectifs. Obligation pour le malade de se soigner, obligations pour la société de soigner les malades aigus et aussi les chroniques. On soigne

gratuitement les mutilés de guerre, les mutilés du travail. Est-ce qu'un vieillard « usé » n'est pas en fait un mutilé du travail, d'autant plus que, dans la législation actuelle sur les mutilés du travail, la notion de responsabilité ne joue qu'un rôle accessoire.

De ces quelques remarques semble se dégager la nation. La notion actuelle de charité privée est cette assistance. Mais qui peut assumer ces obligations de la société, qui peut contraindre des individus à se soumettre à leurs devoirs ? Ce ne peut être que la nation. La notion actuelle de charité privée est d'ailleurs différente de celle qu'on en avait au Moyen-Age. Jadis on recevait chez soi les malades, on les assistait personnellement, on lavait les pieds des indigents. Actuellement on se rend compte que pour pouvoir être efficace l'assistance demande autre chose que de la bonne volonté et de l'abnégation, mais de grosses sommes d'argent. Les admirables résultats qu'à obtenu le S. S. H. n'ont été possibles que parce que le S. S. H. a reçu d'importantes subventions du ministère et de la ville de Paris et parce qu'il est lié étroitement à l'assistance publique tout en gardant son indépendance administrative. Sinon l'admirable dévouement des visiteuses n'aurait pas abouti à la 100^e partie du résultat obtenu. A part quelques cas exceptionnels, c'est la collectivité qui fournit les fonds nécessaires à l'assistance moderne.

Il semble donc que l'Etat doive assumer l'organisation et le contrôle de l'assistance. On se heurte ici à un obstacle capital. Nous avons vu les dossiers cir-

culer de bureau en bureau, trainer dans des cartons, se perdre dans les administrations. Certes, il serait dommage que les assistantes sociales deviennent comparables aux fonctionnaires de l'Administration actuelle. Mais il est bien certain aussi qu'on ne peut pas organiser l'assistance sans administration et que pour faire fonctionner une administration des fonctionnaires sont indispensables. Causant à ce sujet, avec une assistante sociale, elle en est venue à nous dire qu'elle ne voudrait pour rien au monde avoir des comptes à rendre à tel ou tel qui lui serait supérieur dans la hiérarchie de l'A. P., qu'elle finirait, dans ce cas, par prendre une mentalité de fonctionnaire. On ne naît pas fonctionnaire, on le devient. A l'heure actuelle, les lenteurs, le manque d'enthousiasme qu'on peut reprocher aux fonctionnaires, nous semblent liés non pas à leur personnalité, mais à l'administration dont il sont un rouage et qui les conditionne. Il est possible de concevoir un autre type d'administration que cette administration napoléonienne, indépendante de l'usage et fortement hiérarchisée. On peut concevoir un type d'administration nationale où le fonctionnaire serait intimement lié à la vie de ce qu'il administre, non plus noté par son supérieur hiérarchique, mais jugé par ses administrés pour son travail.

Replacer la médecine dans son cadre naturel d'assistance aux malheureux, supprimer le domicile de secours, coordonner les œuvres d'assistance, obliger le malade à accepter l'assistance; transformer le sys-

tème administratif, l'œuvre à accomplir est immense. Mais c'est logiquement que nous avons été amené à considérer une telle œuvre comme utile en recherchant les causes du séjour prolongé des malades dans nos hôpitaux.

CONCLUSIONS

Une telle œuvre administrative demande un certain temps pour être réalisée; il est possible immédiatement de pallier dans une mesure appréciable à certains des maux, dont nous avons relevé l'existence au cours de cette thèse, et nous nous permettons de faire quelques souhaits qui nous semblent avoir été légitimés par les précédents chapitres.

Pour éviter que les vieillards et les incurables fassent un trop long séjour dans nos hôpitaux, on pourrait leur accorder une petite somme, qui leur permettrait de vivre chez eux ou dans leur famille, ce qui désencombrerait les hospices; et pour éviter les lenteurs provoquées par les contestations fatales au sujet du Domicile de Secours, on pourrait leur faire allouer cette somme non par les départements ou les communes, mais par l'Etat. Une caisse nationale de solidarité pour les vieillards et les incurables nous semble être une mesure souhaitable. Pour les demi-chroniques, on pourrait accorder à certains d'entre eux une petite somme qui leur permettrait de quitter plus vite l'hôpital, et de rester chez eux autant que le médecin de l'hôpital l'estimerait nécessaire; il nous semble aussi qu'on pourrait s'efforcer d'organiser sur

une plus grande échelle, le travail de ces sujets physiquement diminués.

Pour les tuberculeux, il faudrait éviter, nous en avons vu les raisons, de mettre ces malades, ailleurs que dans le centre de triage ou le service spécialisé de l'hôpital.

La notion de domicile de secours est un des principaux obstacles à leur envoi rapide au sanatorium. Sans supprimer brutalement le domicile de secours, mesure qui nécessiterait une réorganisation complète de nos méthodes d'assistance, il est possible de décider que le domicile de secours des mineurs soit fonction de l'endroit où il habite et non pas de l'endroit où habite ses parents. Il serait souhaitable aussi de pouvoir faire partir le malade avant que toutes les formalités administratives soient accomplies, suivant la formule de M. Etienne BERNARD, « Le départ d'abord, les papiers ensuite ». Enfin, souvent le malade ne peut être placé qu'avec l'appui financier de plusieurs organismes, et chacun de ces organismes a son propre service de placement. On peut souhaiter un centre unique de placement, commun à l'Assistance Publique, à l'Office Public d'Hygiène Sociale, aux Assurances Sociales.

Pour les convalescents, nous avons vu qu'on peut souhaiter à côté des maisons de repos, des convalescences pour certaines catégories de malades qui pourraient suivre leur régime et y continuer leur traitement lorsqu'ils n'auraient plus besoin d'une surveillance médicale continue; des maisons où l'on pourrait

faire aux suppurants chroniques des pansements espacés. Et qu'on pourrait enfin leur accorder une petite somme dans des cas bien spéciaux; par exemple, à une mère qui surveillerait chez elle son petit enfant plâtré au lieu de le laisser à l'hôpital.

De telles réalisations rendraient de grands services aux vieillards, aux malades, aux finances publiques et aux médecins, en permettant de diminuer la durée du séjour des malades dans les hôpitaux parisiens.

Le Président de la Thèse,
BEZANÇON.

Le Doyen,
ROUSSY.

Vu et Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

